М. И. БУЯНОВ

В КАБИНЕТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА



М. И. БУЯНОВ В КАБИНЕТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА «ЗДОРОВЬЯ»

ББК 57.33
Б94
УДК 616.89—0532—085

В книге известный детский психиатр отвечает на вопросы, которые наиболее часто задают родители специалистам по детской психиатрии в связи с тем, что их детей направляют на консультацию к представителям этой профессии. Рассказывается о наиболее распространенных психоневрологических расстройствах в детском возрасте, о сущности работы детских психиатров, о той помощи, которую родители могут оказать ребенку под руководством специалиста. Даются советы психогигиенического и психопрофилактического содержания.

Книга предназначена для врачей, в помощь при проведении санитарно-просветительной работы, а также для родителей, педагогов школьных и дошкольных учреждений, всех, кто интересуется вопросами воспитания детей.

Рецензенты проф. *Л. А. Булахова*,
проф. *Б. Д. Карвасарский*

Научный редактор проф. *Л. А. Булахова*

Редактор издательства С. А. Гатненко

Б $\frac{4108170000\text{-}027}{\text{М}209\ (04)\text{-}90}$ 90.90

ISBN 5-311-00395-2

ОСОБАЯ ПЛАНЕТА

Около 3—10 % населения индустриально развитых стран лечится у врачей-психиатров. А сколько людей вообще не обращаются за медицинской помощью, хотя и испытывают в ней потребность? Сколько предпочитают лечиться не у врачей, а у психологов, экстрасенсов, «бабок» и т. д?

Ежегодно из 100 тыс. взрослого населения приблизительно у 500 человек возникают психические расстройства. У детей и подростков нарушения психики отмечаются еще чаще. В то же время население очень мало осведомлено о деятельности детских психиатров, о тех проблемах, которыми они занимаются. То, что основная масса населения имеет весьма смутное представление о работе детских психиатров, отрицательно сказывается на профилактике психических расстройств у детей и подростков и на эффективности лечения их ввиду несвоевременного обращения за медицинской помощью.

В Польше был проведен опрос интеллигентных людей (то есть не всего населения, а его образованных слоев) относительно того, что они знают о психических заболеваниях и о работе врачей-психиатров, о том, как лечат больных с психическими расстройствами, каков прогноз лечения и т. д. С этой целью были разосланы специальные анкеты студентам-старшекурсникам различных немедицинских высших учебных заведений Варшавы. Оказалось, что 43 % опрошенных ничего не знали о психиатрии и психических болезнях, кроме самого факта их существования. Около 50 % заявили, что они слышали о содержании этой науки из радиопередач или знакомы с ним по прессе. 43 % опрошенных более или менее удовлетворительно разбирались только в проблеме алкоголизма. Объясняли это тем, что почти все радиопередачи и сообщения в прессе по психиатрии, на которые они ссылались как на единственные источники черпания своих знаний, ограничивались вопросами борьбы с пьянством, чаще всего являющимся причиной психических заболеваний, отклонений в характере и т. д. Что же касается других разделов психиатрии, то осведомленность опрашиваемых в этом направлении бы-

ла приблизительной, поверхностной, а то и неверной. Они, например, убеждены, что примерно 50 % всех случаев шизофрении вызываются психическими травмами и междучеловеческими конфликтами (на самом деле таковы причины лишь неврозов), что шизофрения — наиболее распространенное психическое заболевание, что она практически неизлечима, что по частоте распространения психические нарушения занимают второе место после злокачественных новообразований. 70 % опрошенных считали, что необходимо всемерно и постоянно информировать немедицинскую общественность о психических заболеваниях (а не только об алкоголизме и неврозах), о формах и особенностях работы врачей-психиатров и психиатрических учреждений, обо всем том, что изучает наука психиатрия. Отсутствие необходимого минимума знаний по вопросам психиатрии порождает у населения искаженные представления о происхождении психических расстройств и тем самым подрывает основы психопрофилактики.

Психиатрия — узкая наука, но и в этой сфере знаний со временем стали выделяться еще более узкие разделы. Появились специалисты по пограничной психиатрии, детской психиатрии, генетике психических заболеваний, судебной психиатрии, психиатрии старческого возраста (геронтопсихиатрии), психофармакологии, психотерапии и т. д. Сейчас уже трудно встретить врача-психиатра, который бы одинаково хорошо разбирался во всех областях психиатрии; как правило, каждый врач знает только какой-то один раздел психиатрии. Узкая специализация врачей-психиатров закономерна, она повторяет тенденцию развития всех областей знаний.

Особенно мало знают люди о детской психиатрии — ветви психиатрии, занимающейся пациентами в возрасте от 3 до 15 лет. И это тогда, когда в стране открывается все больше кабинетов детских психиатров, когда все больше детей и подростков направляют в эти кабинеты для консультаций, когда вследствие все усложняющихся школьных программ увеличивается количество детей, которым трудно учиться наравне со сверстниками, и эти дети неминуемо попадают в поле зрения детских психиатров.

Книга, которую ты, уважаемый читатель, сейчас держишь в руках, не охватывает всех аспектов деятельности детского психиатра; некоторые из них лишь очерчены или упомянуты, они требуют разбора на страницах специальных книг. Здесь же речь в основном пойдет о том, что происходит в кабинете детского психиатра (а ведь врач зани-

мается еще и лечебной помощью в детских садах, школах и т. д.).

Детский психиатр постоянно встречается со слезами своих маленьких пациентов и их родителей и неизменно стремится успокоить их, облегчить страдания больных. Но как часто усилия врачей бывают тщетными! И нередко по вине родителей: из-за непонимания ими значения благоприятной семейной обстановки для коррекции отклонений в поведении детей, вызванных нарушениями психического здоровья, а иногда из-за эгоизма некоторых родителей, желания переложить воспитание собственных детей и выполнение врачебных рекомендаций на плечи других. Такие родители должны понять, что прежде всего им следует исправить себя. Не исправив себя, они не смогут исправить своих детей.

Психиатру в силу специфики его профессии приходится общаться лишь с несчастными людьми, поэтому в нашей книге будут приведены примеры исковерканных судеб, изломанных жизней, драматических ситуаций. Но это не должно приводить читателя к мысли, что вся жизнь состоит только из несчастий, не следует переносить на все общество, на всю многообразную реальную жизнь то, что встречается в практике представителя очень узкой и специфической профессии. И уж, конечно, не нужно ожидать от книги, написанной психиатром, информации, касающейся психически здоровых людей: всякая норма куда сложнее, разнообразнее патологии. Ведь определение душевного здоровья еще мало разработано. Вот только один пример.

Одним из самых крупных социологов во Франции был Эмиль Дюркгейм (1858—1917 гг.) — разносторонне образованный ученый, оставивший в науке большой и яркий след. Одни научные суждения Эмиля Дюркгейма и по сей день поражают своей точностью и соответствием реальности, другие — надуманны и поверхностны. Когда Дюркгейм писал, что вся сущность воспитания ребенка заключается в выработке в нем системы запретов на антиобщественные действия, что именно в этом суть всякой социализации личности, с ним можно было согласиться. Но его утверждение о том, что «нормальный тип совпадает с типом средним и всякое уклонение от образца здоровья есть болезненное явление», вряд ли является правильным. Конечно, чаще всего так называемые здоровые люди — это средние типы, ничем не примечательные. Но если следовать этой логике, то каждый обращающий на себя вни-

мание — это ненормальный человек, а в эту категорию могут попасть миллионы. Дело, конечно, не только в том, что миллионы здоровых будут отнесены к психически больным, а в том, что сама эта мысль неверна. Норма и обыденность, среднесть — это не синонимы. Можно быть ярким человеком и одновременно с этим быть психически совершенно здоровым. А можно быть «средним», социально незаметным, ничем не выделяющимся и в то же время глубоко больным. Метод среднеарифметических расчетов не подходит к определению психической патологии (да и всякой патологии). Здоровье (в том числе психическое) — это гармония души и тела, в максимальной степени приводящая к творческой продуктивности личности и к умению разумно сосуществовать с окружающим миром, не попадая в рабство к людям и не ведя с ними длительной войны.

Данная книга — это и информация к размышлениям, и способ помочь многим людям. В книге отражен личный опыт автора, который менее всего стремится теоретизировать, но более всего хочет помочь и больным детям, и их родным и близким. Однако опасаюсь, что, прочитав книгу, кое-кто из родителей помчится к детскому психиатру безо всякой причины, только вследствие чрезмерной своей мнительности, тревожности, впечатлительности. Не делайте этого, читатели, не покидайте почву здравого смысла. Семь раз примерьте, прежде чем один раз отрезать.

ВОЗЬМИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Просто так к врачам, а тем более к психиатрам (чтобы не травмировать чересчур мнительных и робких пациентов, детские психиатры иногда именуют себя психоневрологами) детей не посылают. Значит, есть какая-то (чаще всего существенная) причина. Какая? Или какие?

Во-первых, это может быть психическое заболевание. У ребенка или подростка возникло то или иное психическое расстройство, и он нуждается в помощи врача. Расстройства бывают по-разному выраженными (одни заметны всем, других не видят даже внимательные люди), по-разному проявляются (у одного больного бред, галлюцинации, слабоумие, а у другого — ночные страхи или частые моргания, все равно и тот и другой должны быть под наблюдением детского или подросткового психиатра), имеют разный исход (в основном хороший: не менее 80 % всех пациентов детских и подростковых психиатров пол-

ностью излечиваются или значительно улучшается их состояние).

Во-вторых, у ребенка или подростка могут обнаруживаться какие-то временные нарушения, свойственные тому или иному возрасту, но «карикатурно» усиленные, заостренные. Одни врачи считают их патологией, другие не считают. Ученые могут спорить по этому вопросу сколько угодно, но и самим больным, и их родителям ясно, что со здоровьем не все благополучно. Поэтому в поисках помощи они рано или поздно приходят к детскому (или подростковому) психиатру.

В-третьих, бывают проблемы экспертного характера: может ли ребенок учиться в массовой школе или нуждается в определении во вспомогательную школу; может ли подросток, совершивший правонарушение, нести (по своему психическому состоянию) ответственность и пр.

В четвертых, одну из наиболее многочисленных групп пациентов детского и подросткового психиатра составляют лица, страдающие теми или иными хроническими соматическими (телесными) заболеваниями (или перенесшие эти заболевания): пневмонией, язвенной болезнью желудка и т. д. У части таких пациентов возникают психические отклонения (преимущественно касающиеся характера), вызванные переживанием своего длительного, нередко инвалидизирующего заболевания.

В пятых, к детскому и подростковому психиатру посылают многих детей из конфликтных семей, в которых родители пьянствуют, ругаются, постоянно выясняют свои сложные отношения, а ребенок из-за этого страдает: у него появляются не всегда заметные отклонения в характере, например, чрезмерная впечатлительность, ранимость, тревожность, неспособность проявить свой интеллектуальный потенциал, пассивная жизненная позиция и т. д.

Таким образом, к детским и подростковым психиатрам обращаются пациенты по самым различным причинам, которые даже перечислить трудно. Мы расскажем (очень кратко) о наиболее часто встречающихся в практике детского и подросткового психиатра нарушениях в состоянии здоровья. Наш рассказ для родителей, которых мы призываем стать помощниками врачей, ибо многие — если не большинство — рекомендаций детских и подростковых психиатров рассчитаны на то, что они будут выполняться под руководством отцов и матерей. Родители должны понимать, что психиатры — это такие же люди, как и все, что ничего страшного в психиатрических учреждениях нет,

что если ребенок заболел, то его необходимо лечить, и в этом ему поможет детский психиатр. Нужно только взять у участкового педиатра или детского невропатолога направление на консультацию к психиатру, проконсультироваться и скрупулезно выполнять рекомендации.

Как же обстоит дело с психиатрической службой в нашей стране?

В Москве, например, имеется 21 психиатрический диспансер и 16 психиатрических больниц. Эти больницы располагают 18 тыс. коек, что составляет 2,4 койки на 1000 населения.

В 1978 г. в Москве работали около 400 врачей-психиатров: это не много, но и не мало. Приблизительно такое же состояние и детской психиатрической службы.

В первые годы Советской власти в Москве и в других городах страны были созданы кабинеты для наблюдения детей с психическими отклонениями в возрасте от 3 до 15 лет: более младшие дети, как правило, лечатся — при участии детских психиатров — невропатологами и педиатрами, а старшие — в подростковых кабинетах психоневрологических диспансеров. Не следует думать, что в кабинетах детского психиатра лечатся только дети с тяжелыми психическими расстройствами. В основном сюда приводят детей с недержанием мочи, заиканием, различными остаточными явлениями органического поражения головного мозга, отклонениями в поведении, неврозами и другими расстройствами, очень далекими от тех болезней, которые в прошлом называли пугающим всех словом «сумасшествие».

Детский врач не только лечит, но и выявляет психическую патологию у детей в детских садах, школах, в профессионально-технических училищах и т. д. Он работает в тесном контакте с родителями и педагогами, зная, что без этого он вряд ли сможет помочь своим подопечным.

Данная книга содержит информацию, которая должна способствовать взаимопониманию врача-психотерапевта и больного или его родителей, ее цель — сделать пациентов союзниками медиков. Но это не единственная задача нашей книги, хотя и очень существенная. Детская психиатрия — особая наука, принципиально отличающаяся, скажем, от хирургии или онкологии. Это наука о деформациях детской души и, стало быть, души родителей ребенка. Либо родители передали по наследству своему ребенку душевные пороки, либо эти пороки возникли у родителей в результате каждодневного общения с психически боль-

ным ребенком, вследствие переживания несчастья, обрушившегося на их младенца, в котором он сам ничуть не виновен. В силу разных причин родители пациентов не всегда верят врачам — детским психиатрам, боятся их, всячески игнорируют. Понять таких родителей можно, ведь детская психиатрия еще несовершенна, а ее организация оставляет желать лучшего.

Чтобы у широких масс населения не было предубеждения против детских психиатров, чтобы они как бы изнутри знали сущность этой профессии, я рассказываю не только то, что принято сообщать в научно-популярной книге, предназначенной неспециалистам, но и то, что, быть может, составляет профессиональные особенности врачебного сословия.

Я рассказываю о своем врачебном опыте, который, понятно, схож с индивидуальным опытом каждого детского психиатра, но имеет и свои особенности. Как и каждый специалист, я иду своим путем, и мой практический опыт сугубо индивидуален. Поэтому о каких-то проблемах психиатрии я рассказываю более подробно, о каких-то — менее, что-то я считаю более существенным, что-то — менее, о каких-то вопросах, которыми я сам много занимался, я говорю охотнее, а о вопросах, которые были на периферии моих научных интересов, рассказываю лаконично или совсем не упоминаю их. В общем, эта книга, как и все книги, в определенной мере субъективна. Это не энциклопедия, не справочник и не учебник, это беседа с читателями о многих проблемах, которые возникают перед детскими психиатрами, перед родителями — перед всеми, кто занимается подрастающим поколением.

ГОЛОСА ПРОШЛОГО

Чем младше ребенок, тем чаще в его состоянии звучат последствия тех явлений, за которые сам больной, как говорится, не отвечает, в них он не виноват, ими он расплачивается за то, что его мать болела в период беременности, что во время зачатия плода родители были пьяны, роды были тяжелыми и т. д. Это все «голоса» прошлого, которое было еще до того, как у человека сформировалась психика, до того, как он созрел как личность. К этим отзвукам былого относятся последствия разнообразных повреждений мозга и наследственная предрасположенность: чаще всего их сочетание. Со временем эти явления почти всегда полностью проходят, но для этого необходимо, что-

бы родители запаслись терпением и помогали своим детям как можно скорее преодолеть имеющиеся отклонения.

Чаще всего дети попадают к психиатру по поводу нарушения, именуемого остаточными явлениями раннего органического поражения центральной нервной системы. В своей повседневной жизни медики часто называют таких пациентов «органиками».

Из каждых 100 детей дошкольного и младшего школьного возраста, попавших в поле зрения психиатров, приблизительно у 4 % болезнь исчерпывается остаточными явлениями раннего органического поражения центральной нервной системы, у многих «органика» обусловила развитие неврозов, нарушения характера и другие расстройства. Следовательно, «органика» может быть причиной тех или иных нарушений, а может и фактором, способствующим возникновению самой разнообразной патологии, снижающим психофизиологическую сопротивляемость организма, выносливость, душевную стабильность.

Чем вызываются остаточные явления раннего органического повреждения центральной нервной системы? Причин столь много, что их порой трудно перечислить. Это всевозможная патология беременных, периода родов, частые болезни, ушибы головы и прочие неблагоприятные воздействия в первые годы жизни и в более поздний период. Короче говоря, это любое воспаление, ушиб или отравление еще незрелой, лишь формирующейся центральной нервной системы. Подобных факторов слишком много, не все из них пока изучены, последствия многих из них психиатрия не всегда еще может полностью ликвидировать. Например, существует более двух тысяч наследственных заболеваний, причем около двухсот из них протекают с психическими расстройствами. Нужно отметить, что понятие «наследственные заболевания» может употребляться в широком и узком смысле. Если понимать наследственность широко, то это значит, что фактически большинство заболеваний в той или иной степени связаны с какими-то наследственными факторами. Врожденными болезнями называют те, при которых в силу каких-то причин, в том числе наследственных, нарушается закладка систем организма в лоне матери. Врожденные и наследственные заболевания соотносятся друг с другом, как общее с частным. Наследственные заболевания — только те, что связаны с нарушениями наследственного материала (хромосом и дезоксирибонуклеиновой кислоты) в половых

клетках родителей, унаследованными или приобретенными до зачатия и поэтому передающимися по наследству.

В 1866 г. английский ученый Джон Лангдон Даун (1828—1896) описал особую болезнь, которая проявляется выраженным умственным недоразвитием, рядом физических особенностей и специфическим внешним видом, из-за чего он назвал эту болезнь «монголоидной идиотией». Люди с болезнью Дауна встречаются весьма часто: из каждых 600—800 новорожденных у одного диагностируется эта патология. Дети с болезнью Дауна добродушны, послушны, легко привязываются к окружающим. В чем же причина болезни? В 1959 г. было обнаружено, что в клетках лиц с болезнью Дауна увеличено количество хромосом в 21-й паре: вместо двух хромосом там определяется три (трисомия).

Трисомия определяется в каждой клетке больного человека, а их миллиарды. Трисомия приводит к дисбалансу в генном аппарате, ибо возникает избыток десятков тысяч генов. Пациенты с этой болезнью пока еще неизлечимы. Существует много приемов симптоматического лечения таких больных, но кардинального, избавляющего от всех признаков болезни нет, так как мозг ребенка формировался неправильно с первых месяцев внутриутробного развития.

Норвежским врачом и биохимиком Иваром Асбьерном Феллингом в 1934 г. описана болезнь, которую называют по его имени болезнью Феллинга (или фенилкетонурией). Она встречается с частотой 1 случай на 10 тыс. новорожденных. Суть болезни заключается в том, что в силу наследственной неполноценности гена, отвечающего за превращение поступающей в организм с пищей аминокислоты, называемой фенилаланином, в крови скапливается слишком много этой аминокислоты. В норме ее должно быть 10—20 мг/л. Болезнь Феллинга диагностируется, если уровень фенилаланина превышает 150 мг/л. При этом с 3—5 мес психическое развитие ребенка прекращается, у них возникают судороги. Дети остаются слабоумными.

Что делать при фенилкетонурии? Видимо, надо давать ребенку меньше продуктов, содержащих фенилаланин, которого в его организме слишком много. Так и стали делать. Этот метод лечения применяется с конца 50-х годов: резко ограничивая в рационе белковые натуральные продукты, заменяют их освобожденными от фенилаланина белковыми гидролизатами: нофеланом (ПНР), берлофеном

(ГДР). В результате семи-восьмилетнего лечения, начатого с раннего возраста, дети развиваются нормально, сотни, если не тысячи детей с болезнью Феллинга ныне выздоравливают. Но для успешного лечения важно как можно скорее выявить заболевание. Поэтому в роддоме на пятый—шестой день жизни у ребенка из пятки берут каплю крови и определяют в ней содержание фенилаланина. Это исследование надо проводить у всех новорожденных. В 2—3 мес можно диагностировать и по моче пробой Феллинга: если на промоченную ребенком простынку капнуть раствор полуторахлористого железа, то при наличии болезни по краям капли появится темно-зеленое кольцо.

А если не лечиться, что будет? У 90 % нелеченых лиц с болезнью Феллинга отмечается грубейшее недоразвитие психики, некоторые больные не говорят, не ходят. Интересно, что подавляющее большинство больных фенилкетонурией — выраженные блондины. Да и встречается эта болезнь чаще среди белокожего населения (не случайно изучением ее так много занимались скандинавские ученые). Предполагается, что каждый пятидесятый человек является носителем гена фенилкетонурии, но проявляется болезнь лишь в том случае, если носителями гена фенилкетонурии будут оба родителя.

Итак, мы кратко рассмотрели сущность двух наследственных болезней: болезни Дауна и болезни Феллинга. Причины обеих в общем понятны, но одна по сей день неизлечима, а от второй можно избавиться полностью, если своевременно и правильно начать лечение.

У всех ли детей, родившихся после ненормально протекавшей беременности, вследствие осложненных родов или болезненного раннего периода жизни наблюдаются остаточные явления органического повреждения центральной нервной системы? Далеко не у всех: некоторые дети, родившиеся в самых тежелых родах, бывают совершенно здоровыми, а встречается и наоборот — беременность матери и роды протекали нормально, а ребенок тяжело болен.

Каждый врач может привести много примеров, когда тяжелая травма не повлияла на психическое развитие, а незначительное поражение оказалось катастрофическим. Здесь дело не только в степени выраженности повреждения, но и в том фоне, на который оно падает. Если у родственников новорожденного были судороги или в роду были люди с тяжелым характером или слабоумные, то вероятность того, что в результате сочетания наследственных факторов и органического повреждения головного мозга

дефект центральной нервной системы будет куда более заметным, чем при отсутствии сочетания множества факторов, резко возрастает. К тому же если ребенок растет в конфликтной семье, то семейные ссоры не дают возможности поврежденному мозгу вовремя скомпенсироваться и усиливают органический дефект, порождают невротические, патохарактерологические и другие расстройства. Последние возникают тем легче, чем сильнее выражены признаки органического дефекта головного мозга.

Обнаружилась еще одна интересная закономерность: чем старше ребенок, тем реже выявляются признаки органического повреждения центральной нервной системы. Оказывается, время лечит: человеческий мозг обладает большими компенсаторными возможностями, он умеет сам залечивать свои раны. Поэтому среди дошкольников процент пациентов с остаточными явлениями раннего органического повреждения центральной нервной системы достаточно большой, в возрасте 9—12 лет этот процент уменьшается примерно в 3—4 раза, а среди подростков число таких пациентов составляет приблизительно одну десятую от количества детей дошкольного возраста с остаточными явлениями раннего органического повреждения центральной нервной системы. Это количество значительно уменьшается, если своевременно применяется необходимое лечение.

Вспомним о тех людях, которые измучены своими болезнями, но не опускают рук, не идут по пути наименьшего сопротивления. Говорить о них — значит показать их величие и силу человеческого духа, не сломленного и не покоренного.

У некоторых людей с органическим поражением нервной системы нарушается интеллект, появляются отклонения в поведении и т. д. В большинстве случаев эти явления резко уменьшаются или проходят, но иногда дефекты интеллектуальной деятельности или параличи мышц сохраняются навсегда. Многие из таких пациентов нуждаются в помещении в специальные санатории или школы

Лечение их длится годы, и в таких случаях решающее значение имеют не только рекомендации врачей, но и мужественное отношение самих больных и их родственников к страданию, желание преодолеть несчастье, бороться до конца за свое здоровье, стремление найти свое место в жизни.

В 1970 г. «Литературная газета» рассказала о таком человеке.

«Сенсацией года», «будущей классикой», «потрясающей книгой» назвали критики это произведение, написанное немым и парализованным от рождения человеком, неспособным держать в руках даже перо. Автор его, тридцатисемилетний Кристи Браун, десятый из 22 детей, родившихся в семье бедного ирландского каменщика, вырос в трущобах Дублина. В возрасте 5 лет он, наблюдая, как одна из его сестер готовит уроки, самостоятельно научился писать. Зажав пальцами левой ноги кусок мела, он выводил на полу свои первые каракули, а вскоре начал и рисовать. Двадцати одного года от роду Браун написал свою первую книгу — «Моя левая нога» (сентиментальную автобиографию). Однако славу принесла Брауну вторая его книга — «Безрадостная жизнь», в которой он совершенно иначе, совсем не так, как от него ждали, описывает свою судьбу. Это первая часть задуманной им трилогии, где правдиво и достоверно показывается беспросветная, полная забот и лишений жизнь забитых нуждой дублинских бедняков.

В многочисленных рецензиях огромный успех этой книги, права издания которой добивались 16 европейских издательств, приписывается отнюдь не необычной биографии, а подлинному большому таланту писателя.

Сам Браун очень скромно оценивает свою работу. «Я показал только кусок жизни,— пишет он,— довольно жестокой жизни, которую мне волей-неволей пришлось наблюдать».

Прошло много лет после выхода в свет этой статьи. Время показало, что бестселлерами книги Брауна не стали, в истории литературы они не сохранились, о них сейчас никто не вспоминает. Но дело не в этом, а в том, что Браун проявил громадное индивидуальное мужество, написав свои книги. Он не покорился судьбе, он сам заслуживает куда большего уважения и симпатии, нежели его произведения, хотя и они, быть может, значительны.

Стараться преодолевать свои страдания, слабости, неудачи должны все люди на Земле. Это тренирует волю, закаляет нервную систему, способствует укреплению психического здоровья, обеспечивает полноценную жизнь.

И еще один важный фактор, небезразличный для здоровья наших детей, который многими недооценивается. Сколько существует человечество, столько врачи внушают беременным женщинам мысль о вреде для здоровья их будущих детей употребления алкогольных напитков, курения, введения наркотиков, о необходимости правильно

питаться и избегать влияния химических веществ бытового, производственного или пищевого характера. Оберегая себя, будущая мать бережет своего ребенка — это и есть самая лучшая, самая надежная форма профилактики органических повреждений нервной системы младенца. Тогда и не будет у детей большинства тех расстройств, о которых мы рассказывали. Во время беременности женщина должна больше двигаться, как можно меньше волноваться, с любовью и благоговением относиться к своему ребенку — еще не родившемуся, но уже нуждающемуся в ее любви (о значении материнской любви и формировании гармоничной личности ребенка я писал в книге «Ребенку нужна родительская любовь», выпущенной в 1984 г., и в книге «Ребенок из неблагополучной семьи (записки детского психиатра)», вышедшей в 1988 г.). Но как часто приходится сталкиваться с совсем иным! Большинство родителей, не выполняющих элементарных советов врачей по предупреждению аномалий развития их будущих детей, объясняют свои несчастья социальными условиями. Объяснений несоблюдения правил профилактики патологии беременности много (это и недостаток полноценных продуктов, и загрязнение окружающей среды и многое другое). Но при этом нельзя пренебрегать тем, что полностью зависит от каждого из нас, нельзя ответственность за воспитание и формирование здоровья наших детей перекладывать на плечи общества. Рождение и воспитание ребенка — дело индивидуальное. Кто этого не поймет, тот обречет себя на страдания, на мучительную жизнь с бесконечными просиживаниями в кабинетах детских врачей, в частности и в кабинете детского психиатра. А кто виноват?

ОТКУДА БЕРУТСЯ БОЛЕЗНИ?

Причин болезней очень много. Автомобилизация, урбанизация, химизация, радиация, несоблюдение будущей матерью требований, предъявляемых к беременным...

А что же будет дальше — в XXI или XXII столетии?

Если судить по тенденциям развития общества, обнаруживаемым в наши дни, то можно предположить, что количество расстройств, связанных с дефектами головного мозга, вряд ли уменьшится. Вероятнее всего, оно увеличится. Поскольку машин будет еще больше, чем сейчас, то и число автомобильных катастроф не станет намного меньше. Нельзя не учитывать и того фактора, что успехи

одних медицинских наук порождают сложности других. Например, еще каких-нибудь 30—40 лет назад большинство детей, появившихся на свет с тяжелой родовой травмой или в состоянии удушья (асфиксии), погибали. Ныне почти все такие дети остаются в живых. Но, к сожалению, у значительной части из них потом обнаруживаются в той или иной степени выраженные психические расстройства: задержка психического развития, трудности в поведении и пр. В будущем хирурги и реаниматоры смогут совершать еще большие чудеса благодаря дальнейшему развитию оперативной техники, но это значит, что многие из тех, кто стараниями их останутся в живых, вынуждены будут лечиться у детского или подросткового психиатра либо у невропатолога. Таким образом, среди причин нервно-психических заболеваний на первое место выступают не инфекционные поражения, а последствия патологических родов, ненормально протекавшей беременности, частых болезней в первые годы жизни.

У новорожденных коренного населения восточных регионов Крайнего Севера нашей страны, многих африканских и азиатских стран прежде не выявлялось такого большого количества психоневрологических расстройств, обусловленных тяжелыми родами (детских церебральных параличей). Сейчас эти нарушения встречаются все чаще. В чем дело? Врачи, работающие на Чукотке, объясняют это тем, что чукчанки и эскимоски перестали рожать сидя (дескать, при таком способе ведения родов повреждений головки ребенка не бывает). К тому же, как они утверждают, эти женщины были физически сильными, наравне с мужчинами рыбачили. Когда же они стали вести иной образ жизни, у их детей возникли некоторые нарушения, о существовании которых в этих краях прежде и не подозревали. Так это или нет — трудно сказать.

Одно время в Москве появилась «мода» рожать в воде. Несколько энтузиастов этого метода, о которых с восторгом писали журналисты, действительно провели роды под водой. Но были ли эти дети здоровее и умнее рожденных обычным способом? Нет, конечно. И «мода» сама по себе стала проходить.

Загрязнение окружающей среды отходами химического производства, последствия ядерных испытаний, небрежное отношение к природе — все это не могло бесследно пройти для людей. Несомненно, эти факторы привели к увеличению количества детей с органическими повреждениями центральной нервной системы.

Таким образом, тот факт, что с каждым годом рождается все больше детей с теми или иными дефектами нервной системы, объясняется целым комплексом причин. Дефекты нервной системы у детей проявляются в виде параличей, судорог, состояний психической неустойчивости, чрезмерной истощаемости и утомляемости, раздражительности, вспыльчивости. Иногда отмечается и интеллектуальная неполноценность, выраженная в той или иной степени: у одних детей это просто легкая задержка психического развития, с годами полностью исчезающая; у других — врожденное малообратимое слабоумие (олигофрения) различной степени. Легкая степень олигофрении называется дебильностью (из каждых 10 олигофренов у 7—8 бывает дебильность), более тяжелая — имбецильностью, а самая тяжелая — идиотией. Дебилы учатся во вспомогательных школах, дети со всеми остальными степенями олигофрении могут быть определены в детские инвалидные дома системы социального обеспечения.

В XVIII - XIX вв. распространенной болезнью был сифилис. Это заболевание протекает в разных клинических формах, поражая различные органы и системы. Даже когда поражается центральная нервная система (нейросифилис), проявления заболевания бывают непохожими. Некоторые из форм сифилитического поражения нервной системы протекают с психическими расстройствами, но они тоже так резко отличаются друг от друга, что неподготовленному человеку даже в голову не придет, что все эти нарушения имеют в общем одну и ту же причину. Почему одна причина вызывает много не похожих друг на друга следствий? Поскольку все люди разные, у каждого своя конституция, своя биологическая неповторимость, картина болезни создается не только одним каким-то фактором (тем, без которого болезнь вообще не возникнет), но, главным образом, сочетанием этого внешнего фактора с внутренними факторами.

Не могло ли отразиться распространение сифилиса на том или ином поколении населения? Ведь бесследно ничего не проходит. Да, отразилось. За то, что деды и прадеды когда-то болели сифилисом, расплачиваться пришлось внукам и правнукам.

К этому выводу ученые постепенно пришли, обследуя детей с задержкой психического развития и слабоумием. Таких детей во всех цивилизованных странах становится все больше, это проблема общечеловеческого масштаба. У некоторых из них обнаружен так называемый дистро-

фический сифилис, описанный еще в начале XX в. многими исследователями, прежде всего французскими (клинически очерченного сифилиса нет, а последствия его есть). Этот сифилис определяется не только клинически (например, по умственной отсталости, отсутствию реакции зрачков на свет и т. д.), но и с помощью тончайших лабораторных исследований.

Все это биологические причины психических заболеваний, иногда известные. Встречаются и болезни неизвестного происхождения. К ним относится уже упоминавшаяся шизофрения. Болезнь эта в детском возрасте встречается редко, имеет много клинических форм и проявлений, общими для которых являются нарушение единства психики, эмоциональное оскудение и упадок жизненной энергии. Больные шизофренией обычно обращают на себя внимание вычурным поведением, странностью высказываний, неадекватностью эмоций. Еще 20—30 лет назад на больных шизофренией смотрели как на обреченных. Однако постепенно взгляды ученых стали меняться.

О том, что пессимистические воззрения на прогноз шизофрении совершенно необоснованны, говорят многочисленные исследования, проведенные в разных странах. Например, польские психиатры в 1974 г. проследили судьбу 180 студентов разных высших учебных заведений (в том числе и медицинских), больных шизофренией. Оказалось, что 41 % из них успешно закончили обучение (некоторые с небольшим опозданием), а 59 % по разным причинам не смогли продолжать его (не столько из-за тяжести болезни, сколько из-за микросоциальных условий, профиля института, микроклимата группы, в которой занимались, своевременности предоставления им академических отпусков и т. д.). Если бы подобные социальные причины были ликвидированы, то процент получивших высшее образование был бы намного больше. Процент отчисления таких студентов из гуманитарных учебных заведений был очень невелик, несколько больше — из медицинских академий. Таким образом, дело не только в самом факте заболевания шизофренией, но и в отношении к этому окружающих.

Сразу же хочу предупредить читателей, что по поводу прогноза шизофрении мое мнение не совпадает с мнением большинства ученых, считающих заболевание неизлечимым и придающих решающее значение в его происхождении наследственности.

От людей, больных шизофренией, в основном рожда-

ются здоровые дети. Но если во время зачатия оба родителя находились в состоянии психотического приступа, то вероятность того, что у ребенка обнаружится нечто подобное, увеличивается. При условии же, что во время зачатия один из родителей был в состоянии психоза, заболеть может каждый третий-четвертый ребенок. К таким выводам в конце 30-х годов пришел видный немецкий генетик Франц Кальман (1897—1965 гг.), эмигрировавший в США после прихода нацистов к власти.

Какова же судьба детей, зачатых вне психотического приступа, никто толком не знает. Ясно только одно: не менее 57 % из них совершенно здоровы или у них обнаруживаются некоторые особенности личности, даже странности, которые хотя и могут обращать на себя внимание, ни в коей мере не рассматриваются как тяжелая болезнь. Конечно, такие родители могут приносить своим детям «генетический вред», но еще больший вред социальный: вследствие плохого воспитания (многие больные шизофренией к своим детям равнодушны, формальны, прививают им необычные формы поведения), бедности и недостаточного контроля за детьми (последнее связано с тем, что родителей часто госпитализируют и т. п.). Следовательно, проблема очень сложная. В каждом конкретном случае врач дает разные советы людям, страдающим душевным заболеванием, относительно их будущего ребенка.

Большинство ученых считают, что шизофрения — наследственная болезнь, и толкуют понятие наследственности ее очень широко. Поэтому, если больные шизофренией услышат, что это заболевание сугубо наследственное, рекомендую им попытаться сразу же уточнить, что в данном случае понимается под наследственностью. Если речь идет о заболевании далеких предков, то не следует обращать на это заявление никакого внимания. Однако пусть читатели не считают меня врагом генетики, этой многострадальной науки, лишь в последние десятилетия немного расправившей крылья после многих лет гонений и непонимания в нашей стране. Сводить все к генетике нельзя. Конечно, есть болезни, в происхождении которых все решает наследственный фактор (и мы об этом говорили), но когда речь идет о «сборной» группе болезней, именуемых шизофренией, то тут закономерности наследования еще не до конца изучены: то, что генетики открыли в отношении одной формы шизофрении, может мало подходить к другой.

Почему я так заостряю внимание читателей на этом обстоятельстве? Да только по одной причине. Редкий па-

циент не спрашивает о том, не наследственная ли у него форма шизофрении, эпилепсии, невроза и пр. Все боятся наследственности, все думают о ней, все знают из газет и тем более из научных монографий, как пагубна для потомства патологическая наследственность. Но сколько раз приходилось видеть совершенно здоровых людей, родившихся от больных шизофренией или эпилепсией! Я ведь работаю детским психиатром более четверти века и наблюдал разные поколения пациентов. Предрасположенность к болезни не значит еще, что болезнь неизбежно проявится. Поэтому, читатели мои, не ищите у себя наследственную предрасположенность к психическим расстройствам, не усложняйте и не омрачайте себе жизнь. Будет нужда, обратитесь к профессиональным генетикам. Они и разрешат ваши сомнения.

Американские психиатры изучили уникальный «материал», имеющий прямое отношение к проблеме наследования душевных заболеваний: наблюдали 12 девочек и 2 мальчиков, родившихся в результате преступного кровосмешения. Все случаи кровно-родственных связей родителей были разделены на три группы: 1) отец — дочь, 2) дядя — племянница, 3) многократное кровосмешение. Исследователи утверждали, что все дети, рожденные от таких противоестественных сношений, были психически больными, в основном у них имелись нарушения интеллектуального развития и стойкие дефекты характера (психопатии). Однако эти данные — свидетельство не только последствий кровнородственных связей, такое преступное кровосмешение — это уже результат взаимодействия психически в чем-то аномальных людей, чаще всего психопатов, шизофреников или умственно недоразвитых. Поэтому и дети при таком кровосмешении рождаются психически больными. Кроме того, в большинстве случаев кровосмешение такого рода бывает связано еще и с приемом наркотических препаратов или спиртного. В состоянии крепкого алкогольного опьянения или наркотического дурмана растормаживаются влечения, исчезает контроль со стороны интеллекта и совести. Нетрудно предположить, какие дети могут родиться от такого зачатия.

Хотя достоверно доказано, что родственные связи способствуют проявлению так называемых рецессивных наследственных болезней, не следует думать, что все дети, рождающиеся в родственных браках, аномальны. Ведь американские исследователи говорили о рождении не в браках, а вследствие случайных связей, возникших под

влиянием алкоголя и нарушений влечений. Кровосмешение кровосмешению рознь. Вступление в брак друг с другом двоюродных (кузенов) допускается законом во всех странах мира, а для некоторых народов является традиционным. Но тем не менее обновление крови является могучим фактором профилактики многих неблагоприятных наследственных закономерностей. Не случайно считается, что дети разноплеменных родителей или родителей, живших в разных климатических зонах, обычно талантливы, хотя из этого правила, разумеется, возможны исключения.

РАСКРЫТЫЕ И НЕРАСКРЫТЫЕ ТАЙНЫ

Многие ученые стремились обнаружить связь между месяцем рождения человека и возможностью возникновения у него того или иного душевного расстройства. Известно, что в Европе рождаемость детей неравномерна, она по месяцам колеблется примерно так: в первую половину года обычно рождается больше детей (особенно в первые три месяца), а во вторую половину меньше. В начале 60-х годов сложилось мнение ученых, будто большинство детей, страдающих шизофренией, рождаются в январе — апреле.

Шведский психиатр П. Дален решил проверить, так ли это. Он изучил истории болезни всех психически больных в Швеции, родившихся в 1901—1940 гг. и находившихся в психиатрических лечебницах в 1962—1964 гг. Это составило примерно 68 тыс. больных, из которых около 16 тыс. страдали шизофренией.

Оказалось, что среди больных шизофренией намечалась (лишь только намечалась) тенденция большей рождаемости в первые месяцы года, а остальные психически больные родились в те же месяцы, что и здоровые люди. Каких-либо взаимосвязей месяца рождения и социально-экономических, половых и других факторов автору не удалось обнаружить.

Поскольку шизофрения многолика и носители этой болезни чаще всего не похожи друг на друга, многие психиатры стремятся сузить ее границы, выделяя ядерные (истинные) формы этой болезни и краевые, весьма условно относимые к шизофрении. Другие психиатры расширяют границы этой болезни, относя к шизофрении все случаи нервно-психической патологии, при которых имеются симптомы, хотя бы внешне похожие на симптомы шизофрении. Сужение или расширение границ этой болезни связано,

конечно, не столько со злым или добрым умыслом конкретных врачей-психиатров, сколько с тем, что проблема эта очень сложная, противоречивая, как и все проблемы, находящиеся на стыке биологического и социального.

Несмотря на то что в индустриально развитых странах тратится много средств на изучение причин шизофрении, динамики ее клинических форм и разработку новых методов лечения, результаты пока что незначительны, ученые почти так же далеки от окончательного решения этой проблемы, как и в начале XX в., когда немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856—1926 гг.) и швейцарский психиатр Эуген Блейлер (1857—1939 гг.) заложили основы учения о шизофрении (Эуген Блейлер — автор термина «шизофрения», означающего «расщепление психики», предложенного в 1911 г.). Между прочим, сам Эуген Блейлер говорил о шизофрении во множественном числе, он считал, что нет одной шизофрении, а есть группа разнообразных шизофрений. Концепция Эугена Блейлера расширила границы этого психоза и теоретически обосновала гипердиагностику шизофрении.

Вклад в изучение шизофрении внесли многие ученые разных стран. Всех не перечислишь. Например, на Украине большую роль в этом направлении сыграли В. П. Протопопов и И. А. Полищук, были и другие исследователи.

Большинство форм шизофрении не вызывается ни психическими потрясениями, ни травмами головы, ни алкоголизмом, ни какими-либо иными внешними воздействиями. Однако эти воздействия могут спровоцировать шизофрению и усилить ее проявления. Поэтому исключение бытового пьянства, конфликтов, производственного травматизма, следование психогигиеническим принципам имеют важное значение в профилактике этого тяжелого заболевания.

Как уже говорилось, клинических форм шизофрении так много, а социальная адаптация нарушается при этих формах настолько по-разному, что говорить о каком-то определенном (хорошем или плохом) исходе этой болезни вообще не приходится.

Психиатры часто оказываются в весьма сложном положении, когда нужно решать экспертные и другие конкретные социальные вопросы. Здесь много зависит не только от клинического мастерства того или иного специалиста, но и от моральных принципов врача-психиатра, понимания им особой ответственности, которая возлагается на него, стремления совместить интересы общества, свои взгляды и интересы больного.

В 1959 г. в одном из парижских журналов появилась статья Жана Делея — выдающегося французского психиатра, внесшего большой вклад в развитие психофармакологии,— и доктора Жана Лемере «Психопатология математиков». Авторы утверждали, что среди математиков много «шизофреников, невротиков, психопатов, людей, оторванных от реального мира. Подобные выводы следует принимать с большой осторожностью, как и всякие заключения психиатров в отношении людей, которые к ним не обращались за лечением. Психиатру бывает нелегко поставить правильный диагноз даже тем, кто является его постоянными пациентами. Так как же можно брать на себя ответственность судить о состоянии психики людей, которые не обращались за помощью?

Еще пример неправильного подхода к диагностике нарушений психики или состояния нервной системы. Группа психиатров изучала распространенность психических расстройств среди учащихся московских школ и пришла к выводу, что примерно 60 % из них нуждаются в помощи психиатра. Безусловно, здесь имела место гипердиагностика: нельзя же на основании того, что ребенок один раз за год плохо спал ночью, диагностировать у него невротические нарушения с расстройством сна и назначать ему лечение от бессонницы. Чтобы определить наличие шизофрении или другого подобного заболевания, необходимо длительное наблюдение за пациентом.

Есть еще одна болезнь, вызываемая биологическими факторами. Это эпилепсия, которую раньше именовали падучей. Проявляется она судорожными или другими припадками с более или менее выраженным нарушением сознания. Это заболевание встречается значительно чаще шизофрении. Примерно 0,5—0,8 % людей болеют эпилептической болезнью, судороги же разного происхождения встречаются у 2,5—4 % всех детей.

Изучением происхождения и механизмов судорог разного вида ученые занимаются много десятилетий. Нейрофизиологи, невропатологи, психиатры исследовали многие биохимические и физиологические процессы, приводящие к возникновению судорожного припадка и тех изменений личности, которые свойственны пациентам с тяжело текущей эпилептической болезнью. Результаты лечения эпилепсии различны: тяжелые формы болезни поддаются терапии с большим трудом. Судороги неэпилептического происхождения снимаются быстрее.

ГЛАВНОЕ—РОДИТЕЛИ

Как бы ни был значителен процент биологически обусловленных психических заболеваний, все же наиболее часто встречаются психогенные заболевания детей, то есть вызванные окружающими их людьми: вами, читатели, вами, мамы, папы, дедушки, бабушки. Вашими ссорами, деспотизмом, страстью «утереть друг другу нос», вашей нетерпимостью, раздражительностью, неуважением друг друга и т. д.

Я давно уже убедился в том, что труд врача является сизифовым, если не создана лечебно-коррекционная система «врач — родители — школа» (когда пациент — школьник). Что толку назначать лечение, если родители больного ребенка не исполняют лечебных рекомендаций или исполняют их небрежно? Что толку прописывать лекарства, если родители применяют их неправильно, нарушая назначение врача? Врач нередко тратит силы и нервы на объяснение банальных истин, которое всерьез не воспринимается теми, к кому оно адресовано.

Нужно преодолеть сложившееся противопоставление «врач — родители пациента» и создать союз «врач — больной — родители». Это долгая, кропотливая работа. Одним из первых ее этапов, ее главных звеньев является просвещение родителей о возможных психоневрологических расстройствах у их детей и подростков, о работе врачей — детских психиатров, их отношении к своей профессии.

Наше время порождает такие проблемы, которые прежде не возникали. 45 лет наша страна живет в условиях мира. Нет бомбежек, эвакуации, нет похоронок, нищеты, голода, беспризорничества — нет ничего, что сопровождает войны и послевоенный период. Нет голодающих, нет раздетых. Раньше люди проходили испытание голодом, сейчас проходят испытание сытостью. Выдержат ли они это испытание? Редко в наши дни встретишь городскую семью, в которой было бы более двух детей. В основном нынешние семьи состоят из отца, матери и единственного ребенка. Логически можно было бы предположить, что, воспитывая единственного ребенка, родители будут уделять ему больше внимания, его информационный багаж будет куда богаче, чем у его сверстников времен войны, что такой ребенок вырастет почти идеальным с точки зрения психофизической гармонии, ума и чувств. Можно было бы также предположить, что чем разностороннее разви-

вается ребенок (многие дети с ранних лет изучают иностранные языки, занимаются плаванием, фигурным катанием и пр.), чем меньше у него не занятого полезным делом времени, тем более разумным, сдержанным, образованным, интеллигентным он будет. К сожалению, не всегда так бывает.

Семья — краеугольный камень в воспитании гармоничного ребенка. Никакие врачи, никакие даже самые лучшие педагоги не в силах помочь всем детям, живущим без семьи или в неблагополучных семьях. Не следует думать, что благополучие семьи зависит лишь от ее материального положения. Говоря о благополучии семьи, мы имеем в виду только то, что в такой семье ребенок получает все, что необходимо для его гармоничного развития. Главное здесь — не вещи и не деньги, а родительская ласка, любовь, требовательность и т. д.

Провоцируют психические нарушения, а иногда и являются прямой причиной их не только органические заболевания головного мозга, стихийные бедствия и конфликты между людьми, но и некоторые произведения искусства. Когда в 70-х годах на экранах наших кинотеатров и телевизоров стали демонстрировать фильм «Вий», поставленный по повести Н. В. Гоголя, резко возросло число детей, обращающихся за помощью к психиатрам по поводу ночных страхов и нарушений сна. Многие из них прямо указывали на просмотр этой кинокартины как на основную причину заболевания. То же самое отмечали американские исследователи при анализе связи психических расстройств с просмотром «фильмов ужасов». После того как в начале 70-х годов на киноэкраны США вышел фильм «Экзорцист», у психиатров сразу же прибавилось работы. Например, американский психиатр Боццуто лечил 3 мужчин и 1 женщину, которые обратились к нему через несколько дней после просмотра этого фильма. У пациентов развились резкая бессонница, беспокойство, отсутствие аппетита, раздражительность и чувство, что в них вселился дьявол. В прошлом лишь женщина лечилась у психиатров, остальные до просмотра фильма были практически здоровы (правда, несколько религиозны). Пациентам была проведена активная психотерапия, и они выздоровели.

Людям, подверженным психическим расстройствам, следует избегать «фильмов ужасов». Особенно это относится к впечатлительным детям.

Так же, как каждое здание состоит из кирпичей, блоков, секций, так и «здание» болезни складывается из

различных составных частей. Самым элементарным проявлением болезни являются симптомы — «кирпичики», из которых строятся «квартиры» (с ними мы сравниваем синдромы), комплекс же «квартир» образует «дом» (болезнь).

Симптомы — это не абстрактное понятие, каждый симптом окрашен в те тона, которые свойственны той или иной болезни. Страхи, недержание мочи и т. д. могут встречаться при самых разнообразных нарушениях, всякий раз обнаруживая те особенности, то качество, которые типичны для конкретной болезни.

Основную массу пациентов, обращающихся к детскому и подростковому психиатру, составляют лица, находящиеся на грани психической нормы и патологии,— так называемые пограничные больные: с отклонениями в поведении, неврозами и другими столь частыми в реальной жизни, но, к счастью, как правило, временными и обратимыми расстройствами. Часть пограничных больных лечатся у невропатологов, часть — у педиатров, но большинство — у психиатров.

Расстройства, спровоцированные или вызванные душевными потрясениями, неправильным воспитанием и другими неблагоприятными социальными факторами, именуются психогенными. Болезни, вызванные не изученными еще наследственными и близкими к ним факторами, называются эндогенными (это в первую очередь шизофрения)

Бывают и болезни, обусловленные органическими вредностями, а также сочетанием разных факторов.

Таким образом, психические болезни не однородны.

Родители не должны впадать в панику, узнав, что их ребенка направили к психиатру, а должны здраво и спокойно оценить ситуацию. Им не нужно рыться в своей жизни, в поисках причины болезни.

Не следует и корить себя за то, что вообще родили ребенка или не уследили за тем, чтобы он не попал в беду (упал и расшиб голову и т. д.). Необходимо думать не о прошлом, а о настоящем и будущем, то есть о том, как поскорее вылечить ребенка. Ученые изучают — врачи лечат. Родители приходят к медикам не ради увеличения своего информационного багажа, не ради стремления помочь научным работникам быстрее открыть то или иное биохимическое или патофизиологическое звено какой-нибудь неизвестной болезни; матери и отцы приходят к врачу с единственной целью — вылечить собственного ребенка.

А сколько раз приходилось наблюдать, что все бывает наоборот! Родители буквально атакуют врача вопросами о

том, почему, в силу каких биохимических реакций возник тот или иной симптом, что думают об этом симптоме генетики, анатомы, философы...

Наиболее распространенным признаком того или иного психического расстройства в детском возрасте является недержание мочи. Что же необходимо делать родителям для того, чтобы помочь ребенку поскорее избавиться от этого дефекта?

КАКИЕ БЫВАЮТ ФОРМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Трудно назвать такое десятилетие XX в., когда бы в разных странах не публиковались сотни статей, посвященных проблеме недержания мочи во сне (энурезу). Литература по этой проблеме практически необозрима. Одних только более или менее самостоятельных методов лечения зарегистрировано более 300.

По нашим данным, среди всех пациентов детского психиатра недержание мочи обнаруживается в 10,4 %, причем мальчиков среди них 72,9 %, а девочек — 27,1 %. 4 % детей и подростков с недержанием мочи обращаются к детскому психиатру в возрасте 4—6 лет, 56,7 % — в возрасте 7—10 лет, 24,7 % — в возрасте от 11 до 13 лет и 14,6 % — в возрасте от 14 до 16 лет.

Дневное недержание мочи регистрируется у 3,4 % детей и подростков с энурезом, ночное — у 91,8 %, сочетание дневного и ночного недержания мочи — у 4,8 % детей и подростков. У 19,4 % пациентов недержание мочи сочетается с синдромом двигательной расторможенности, у 17,8 % имеется церебрастенический синдром, о котором мы расскажем позже, у 41,3 % отмечается сочетание указанных синдромов. Таким образом, у 78,5 % детей и подростков, обратившихся по поводу недержания мочи, выявляются церебрастенический синдром и синдром двигательной расторможенности как результат органического поражения нервной системы.

Непроизвольное мочеиспускание может быть следствием анатомического дефекта мочевой системы. Понятно, что такие формы лечат в основном урологи.

Анатомические дефекты мочевой системы вызываются преимущественно двумя причинами: недоразвитием ее и повреждением в результате бытовой травмы. В первом случае речь идет о патологии беременности или о наследственно обусловленной аномалии. Во втором — дефект возникает

в любом возрасте и связан главным образом с бытовой травмой, автомобильной катастрофой и т. д. Недержание мочи иногда сопровождает эту патологию на всем протяжении ее существования, а иногда возникает лишь на определенных этапах болезни. Недержание мочи становится наиболее заметным, когда превращается в относительно изолированный симптом. Это бывает после того, как в результате многократных операций анатомический дефект ликвидируется, и, казалось бы, все страдания больного уже позади, но недержание мочи, на которое больной прежде не обращал особого внимания из-за его малой значимости по сравнению с более грубой травматической патологией всех систем организма, начинает уже выступать чуть ли не в качестве самого главного симптома.

Вследствие длительного течения заболевания у большинства таких пациентов возникают те или иные характерологические расстройства — впрочем, чаще всего временные.

Недержание мочи может быть одним из симптомов какого-то психического заболевания. Понятно, что в таких случаях лечат не недержание мочи, а заболевание, приведшее к нему. В частности, недержание мочи встречается при шизофрении, эпилепсии, слабоумии. Ни в коем случае не следует считать, будто недержание мочи явилось причиной этих расстройств — более нелепого предположения быть не может.

Вот пример. Мальчик рос и развивался нормально. К двум годам у него прочно установились навыки опрятности. Считается нормальным, если ребенок до трехлетнего возраста ночью иногда непроизвольно выпускает мочу, если же это сохраняется и после трехлетнего возраста, то ребенка следует интенсивно лечить.

С 3—4 лет в поведении ребенка появились странности: он мог часами раскачиваться на стуле, находиться в одной позе, неожиданно хохотать или плакать; у него появилась немотивированная жестокость, стремление делать назло. Одновременно с этим стал и днем по нескольку раз мочиться в белье. Мать много раз делала замечания ребенку, но все было напрасно: более того, ребенок даже как будто получал от этого удовольствие (особенно если видел переживания матери). Вечерами испытывал страх, закрывал уши, испуганно озирался по сторонам. Родителей это не тревожило, так как они думали, будто чудачества сына — это болезни роста. Тем не менее по совету своих знакомых они обратились за консультацией к детскому психиатру в

связи с дневным недержанием мочи — иной патологии у сына они не замечали.

Во время консультации обращали на себя внимание разлаженность поведения больного, периодическое застывание в одной позе, сменяющееся выраженным двигательным возбуждением. В поведении мальчика наблюдались садизм и другие признаки нарушения влечений.

Сомнений, к сожалению, не было: ребенок страдал шизофренией. Больному было назначено лечение, через 4—5 мес большая часть признаков расщепления психики исчезла, одновременно с этим уменьшилось, а потом и вовсе исчезло недержание мочи, которое было одним из признаков шизофрении, а не самостоятельным заболеванием. В таких случаях недержание мочи лечить незачем — врачи не снимают одни симптомы, оставляя вне поля своего зрения другие, характеризующие весь спектр аномалии. Однако иногда бывает так, что шизофрения уже практически ликвидирована, а некоторые отдельные признаки, в том числе недержание мочи, могут сохраняться: помогают больному избавиться от этого симптома воспитательные меры в сочетании с применением медикаментов, направленным на восстановление гармонии корково-подкорковых функций, то есть на ликвидацию извращенных влечений. Как и при лечении любого нервного или психического расстройства, независимо от его клиники и тем более от его происхождения, недержание мочи нужно лечить до тех пор, пока оно существует, а сколько это потребует времени — неделю или год, не имеет принципиального значения.

ЕСЛИ НАРУШЕНА АКТИВНОСТЬ

Родители одного мальчика и воспитатели детского сада, который он посещал, были обеспокоены его вялостью, заторможенностью, безразличием ко всему, даже к еде. Ребенок никогда не просил есть; если другие дети его задирали, он будто не замечал ни толчков, ни обидных слов. Казалось, что мальчик был равнодушен ко всему на свете. Но однажды выяснилось, что он не такой уж «толстокожий»: когда на его глазах дети случайно раздавили майского жука, мальчик искренне переживал это, плакал, грозился отомстить за смерть жука. Интеллектуально был даже выше своих сверстников: много знал, умел складывать буквы, прекрасно ориентировался в марках различных машин. Бабушка мальчика считала, что внук полностью повторяет своего отца: тот в детстве тоже отли-

чался такими же странностями — был не по годам развит, но в практической жизни разбирался плохо, у него также был нарушен контакт с детьми. Потом, с годами, изменился, стал известным математиком, преуспевал в жизни.

Проконсультировавший ребенка детский психиатр обнаружил особое свойство его конституции, называемое аутизмом (погруженность в свои переживания). Малая двигательная и эмоциональная активность вытекала из этих черт характера. Врач посоветовал родителям больше и деликатнее вовлекать ребенка в игры, приучать его к общению, активнее заниматься с ним физкультурой.

Бывают и иные варианты пониженной активности. Например, у детей, много и сильно болевших диспепсией и другими хроническими или острыми заболеваниями пищеварительного канала, нередко появляется чрезмерная пассивность, они малоподвижны, вялы, ничем не интересуются, производят впечатление детей, погруженных в свои переживания. Такие дети нуждаются в проведении стимулирующего и общеукрепляющего лечения. Поэтому от родителей в первую очередь зависит раннее выявление аутистических (их иногда именуют шизоидными) расстройств. Конечно, отцы и матери диагнозы не ставят, но они должны обратить внимание медицинских работников на нарушенную активность ребенка и затем — после консультации — строго выполнять лечебно-педагогические советы медиков.

Однако как бы часто ни встречались дети с пониженной активностью, несравненно чаще встречаются чрезмерно расторможенные, суетливые, непоседливые, драчливые, даже агрессивные дети. С ними куда тяжелее справляться, чем с малоподвижными детьми. У них чаще, чем у малоподвижных, случается недержание мочи. Причинами сильной расторможенности бывают физиологические (возрастные) и болезненные факторы. Ребенок должен быть подвижным (только все хорошо в меру). В трех-семилетнем возрасте у детей преобладает двигательный уровень реагирования, поэтому им трудно управлять собой. Если ребенок заболевает, болезнь в первую очередь заостряет то, что заложено в возрастных особенностях организма. Отсюда столь частая расторможенность детей — как физиологическая, так и патологическая.

Однако прежде чем продолжить рассказ о патологических (или близких к ним) формах нарушений двигательной сферы, хотим предупредить родителей: не ищите в каждом случае непослушания своих детей, их беготне и

драках, их непоседливости патологию. Сколько раз нам приходилось сталкиваться с тем, что родители приводили на прием совершенно здоровых детей потому, что эти дети были с точки зрения родителей слишком подвижны.

Как мы уже говорили, ребенок должен, обязан много двигаться, на то он и ребенок. Если ему не позволять двигаться, наступит гиподинамия, порой с драматическими последствиями. Не перекладывайте, родители, на медиков решение проблем, которыми, кроме вас, никто заниматься не должен. Ребенок задает вопросы, ищет ответы на них, все исследует, много двигается и требует от родителей внимания к себе, а родителям недосуг или они устали от работы. От вечно усталой матери, часами стоящей в очередях за продуктами или в химчистку, педагогического такта и здравомыслия в воспитании ребенка ждать трудно. И все-таки проблемы по воспитанию детей должны решать сами родители, врачи-психиатры прямого отношеня к таким проблемам не имеют. Другое дело — патологические формы нарушений активности, в том числе и синдром двигательной расторможенности.

Болезненно протекавшая беременность, ненормальные роды, частые болезни в первые годы жизни ребенка резко усиливают двигательную активность. Ребенок порой становится неуправляемым, Тем не менее не следует впадать в панику: у подавляющего большинства детей это расстройство проходит само по себе. Однако нужно помнить, что если синдром двигательной расторможенности вовремя не вылечить, то, когда ребенок пойдет в школу, он не сможет нормально учиться. Вместо того чтобы сосредоточиться, слушать учителя, спокойно вести себя на уроках и переменах, он будет вскакивать из-за парты, вскрикивать, шуметь, нарушать дисциплину, носиться по коридорам. Следовательно задача заключается в том, чтобы поскорее начать лечить такого ребенка, а для этого необходимо своевременно и правильно распознать расстройство. Тут большая ответственность стоит перед родителями: вовремя обратить внимание медиков на особенности поведения сына или дочери, а затем пунктуально выполнять все рекомендации врачей.

Двигательная расторможенность порой бывает столь выраженной, что ребенок хаотически носится безо всякой внятной цели и смысла, совершенно не поддается никаким уговорам. Такое поведение иногда сопровождается грубостью, злобностью, жестокостью, садистическими свойствами. Тогда диагностируют более грубое расстройство,

называемое психопатоподобным синдромом. Оно нуждается в длительном медикаментозном лечении. С годами такие больные полностью выправляются, хотя в свое время многие из них не могут находиться в детском саду и школе из-за неуправляемости или опасности их для окружающих.

В 1930 г. была описана болезнь Крамера—Поллнова, редко встречающаяся и не всегда своевременно диагностируемая. Начинается это тяжелое заболевание в трех-четырехлетнем возрасте. На фоне высокой температуры появляются судорожные припадки, сочетающиеся с резким двигательным возбуждением: больные носятся по помещению, у них появляются тики, речевое возбуждение, гнев, раздражительность. Такие явления наблюдаются приблизительно до 6 лет. Затем болезнь становится менее выраженной, а к 7—8 годам проходит (?), хотя у некоторых пациентов потом заметно снижается интеллект, а иногда бывают и редкие припадки с потерей сознания и судорогами в разных группах мышц.

И все же чаще всего чрезмерная подвижность детей связана с дефектами воспитания. Когда родители не культивируют в ребенке послушание и дисциплинированность, дети делают все, что им заблагорассудится. Воспитательные меры нужны не только в тех случаях, когда речь идет о физиологической двигательной активности, но и тогда, когда у больного имеет место какое-то нарушение функции центральной нервной системы. Родители должны запастись терпением и разумно, спокойно, деликатно формировать в ребенке дисциплинированность. Тут важно «не перегнуть палку» — ведь порой родители требуют от ребенка послушания в очень обидной и грубой форме. От этого у детей появляются реакции протеста: они начинают еще хуже себя вести или в знак протеста замолкают, отказываются от еды, убегают из дома, детского сада или из школы, постоянно плачут. Во всем необходима мера. Если она будет соблюдена, то ребенок вырастет гармоничным в эмоциональном отношении.

Редкий человек не обращал внимание на ненормальное поведение мальчика, который беспрерывно бегает, кричит, дерется, за все хватается, ни минуты не находится в покое. Причин этого много. Во второй половине беременности мать болела пневмонией, принимала антибиотики. Или же тяжело протекали роды, пришлось накладывать щипцы, стимулировать их и т. д.

Ребенок родился без асфиксии, рос и развивался свое-

временно. Все было бы хорошо, если бы он не был таким подвижным и неуправляемым. Ночью мальчик перестал мочиться с двухлетнего возраста, однако днем по нескольку раз мочится в белье. Воспитатели (ребенок находился в детском саду) считали, что он оправлялся в белье потому, что ему недосуг сходить в туалет, так как он все свое время тратит на беготню, драки, игры. Особенно были выражены эти явления, когда мальчику было 5—7 лет: он бездумно и безудержно давал волю своей активности, его ничто не могло сдержать. Параллельно с этим участилось дневное недержание мочи.

Мы назначили пациенту сонапакс (меллерил), чем немало удивили родителей: они привели сына консультировать в связи с недержанием мочи, врач же принялся корригировать его поведение, к которому родители в общем уже привыкли. Однако через несколько дней родителям стало ясно, что, ликвидировав чрезмерную подвижность ребенка, сделав его несравненно более спокойным, внимательным, сдержанным, мы тем самым уменьшили и его дневное недержание мочи, а потом и вовсе ликвидировали его постоянным напоминанием следить за собой, немедленно идти в туалет после возникновения позыва к мочеиспусканию.

Недержание мочи встречается у некоторых умственно неполноценных людей. Сам по себе распад психики либо ее резкое недоразвитие проявляется в том, что легко разрушается или просто-напросто не вырабатывается сознательная, а потом и автоматизированная система регуляции позыва к мочеиспусканию. Чем младше пациент, тем чаще болезни у него протекают с расстройством речи, мочевыделения и некоторыми иными нарушениями; чем он старше, тем выносливее, сильнее организм, тем устойчивее его функции, тем реже отмечается их поломка.

ПСИХОГЕННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

В практической деятельности поликлинического врача очень часто встречается форма расстройства мочеиспускания, называемая психогенным недержанием мочи. К психогенным расстройствам нередко приводят постоянные ссоры людей, конфликты, испуг, катастрофы, чувство одиночества, печальные воспоминания и т. д. Многие больные неврозом (невротики) испытывают чувство неполноценности из-за своих реальных, а чаще выдуманных дефектов. Для всех таких больных характерно обостренное переживание своих нарушений.

2 9—2664

Все люди с неврозом постоянно жалуются, что их мало любят, что к ним равнодушны. В этом своеобразный эгоизм невротиков. Внешним признаком невроза иногда является недержание мочи.

Пятилетний мальчик случайно оказался свидетелем автомобильной катастрофы. От потрясения он остолбенел, не мог выговорить ни слова, потом пришел в себя, расплакался, ночью не мог заснуть. Заснув под утро, внезапно пробудился. Ему приснилось, будто он опять наблюдает автомобильную трагедию. От страха ребенок обмочился, потому и проснулся, и еще больше стал переживать все случившееся на протяжении минувших суток. На следующий вечер, когда нужно было укладываться в постель, очень тревожился, как бы вновь не обмочиться. Заснул не скоро, с большим трудом, мучился тяжелыми сновидениями. Проснулся от того, что постель была мокрой. На следующую ночь вообще не мог заснуть. Родители привели мальчика к детскому психиатру. Ему были назначены препараты успокаивающего действия. Сон нормализовался, энурез прекратился, ребенок стал спокойнее, у него уменьшилась тревога, появлявшаяся вечерами. Одновременно с этим мальчику проводилось внушение в целях успокоения его (на языке медиков— седативная суггестия) в полусонном, дремотном состоянии (врачи называют это состояние сомноленцией).

Через год, когда мальчик давно уже был здоров, ему пришлось наблюдать в кинофильме ситуацию, аналогичную той автомобильной катастрофе, которая когда-то так больно поразила его воображение. Снова расстроился сон, возникла тревога, стали мучить сомнения, боязнь, что опять обмочится ночью. Заснул под утро... и обмочился — болезнь возобновилась. Вновь мальчику назначили лекарства, и через 5—6 дней симптомы болезни исчезли. Обследование в пятнадцатилетнем возрасте показало, что он полностью излечился от невроза, протекавшего с ночным недержанием мочи.

При невротическом расстройстве нарушается взаимоотношение фаз сна: фаза глубокого сна сужается, укорачивается, а фаза поверхностного сна становится доминирующей и практически длится всю ночь. Больного мучают тяжелые сновидения, сопровождающиеся чувством страха и тревоги: он испытывает ощущения утраты, ущерба, недостаточной любви со стороны близких. Большинству таких пациентов снится, например, что за ними кто-то гонится, они от кого-то убегают, падают, страдают от своей безза-

щитности и невозможности спастись от преследователей. От страха, испытываемого во сне, у больных на мгновенье как бы выключается способность контролировать позыв к мочеиспусканию. Затем, когда больной просыпается, эта способность у него автоматически восстанавливается.

Поэтому лечение больных неврозом с ночным недержанием мочи сводится к тому, чтобы углубить и удлинить сон. С этой целью используют успокаивающие препараты (седативные) и седативную психотерапию *.

Иногда у невротиков большинство симптомов заболевания исчезает, а ночное недержание мочи еще сохраняется. В таких случаях следует продолжить дачу больному назначенных врачом препаратов успокаивающего действия, а перед сном проводить ему внушение в целях восстановления утраченного рефлекса — просыпаться при сильном позыве к мочеиспусканию. Такова методика лечения больных с невротическим недержанием мочи. Будить этих больных не рекомендуется.

Не следует, однако, думать, что неврозы и психогенные нарушения — это синонимы. Среди психогенных расстройств бывают не только неврозы, но и психозы и особые личностные аномалии — патохарактерологические реакции и патологические формирования личности. Все психогенные нарушения могут сопровождаться недержанием мочи.

Чаще всего в детском возрасте встречаются патохарактерологические реакции как вид болезненного реагирования на реально существующие неблагоприятные социальные воздействия. Среди патохарактерологических реакций, протекающих с недержанием мочи, выделяются реакции активного и пассивного протеста; при других патохарактерологических реакциях недержание мочи наблюдается редко.

Пятилетнюю девочку, очень привязанную к матери, отдали в детский сад, так как мать вышла замуж и не хотела, чтобы дочь надоедала новому мужу, еще не привыкшему к новой семье. Девочка не хотела идти в детский сад, не хотела отрываться от матери и своего дома. Когда ее вели в детский сад, она плакала, упиралась, упраши-

---

* Все болезни (в том числе и психические) лечат сочетанием лекарств (психофармакологии), психических методов воздействия (психотерапии), труда (трудотерапии), иногда хирургических приемов (психохирургии, если говорить о хирургическом лечении больных психическими расстройствами) и т. д. В детском и подростковом возрасте используются главным образом психофармакология, психотерапия и лечебная педагогика

вала мать не отдавать ее туда. Все было напрасно — мать твердо решила, чтобы дочь поменьше бывала дома. Это стало понятно девочке. Педагоги заметили, что она переменилась: снизилось настроение, стала замкнутой, задумчивой, молчаливой. Как будто она и не нарушала дисциплину и мало чем отличалась от сверстниц, но видно было, что девочка погружена в какие-то переживания. Через некоторое время у девочки в дневное врямя стало отмечаться недержание мочи и кала. Первый раз это произошло после того, как девочку привел в детский сад ее отчим Потом эти явления стали учащаться. Мать проконсультировала дочь у детских невропатолога, уролога и проктолога, затем обратилась за психотерапевтической помощью. У девочки были диагностированы патохарактерологические реакции пассивного протеста в виде недержания мочи и кала, а также невротическая депрессия. Родителям было объяснено, что если они не вернут девочку домой, то с годами у нее может появиться более стойкая деформация характера в виде патологического формирования личности с недержанием мочи и кала. Родители выполнили наши советы. Помимо этого они давали девочке транквилизаторы. Через несколько недель состояние ребенка нормализовалось — она выздоровела.

Недержание мочи как реакция отказа встречается не столь часто, но почти всегда оно сочетается с недержанием кала. В основном эти расстройства бывают в дневное время. Лечатся они психотерапией.

НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Несмотря на то, что, к сожалению, психогенные расстройства очень часты в жизни, все-таки не они преобладают среди всех заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи. Самые распространенные виды недержания мочи — обусловленные неврозоподобными расстройствами. Недержание мочи невротического характера встречалось у 4,3 % всех детей и подростков, обращавшихся за помощью ко мне, патохарактерологическое недержание мочи — у 2,4 % пациентов, неврозоподобные расстройства, сопровождающиеся недержанием мочи,— у 81,3 %.

Неврозоподобные расстройства, внешне похожие на неврозы, характеризуются непсихогенным происхождением и множеством клинических особенностей (поэтому и лечение назначают разное в каждом конкретном случае).

Выделяют первичное и вторичное недержание мочи: в первом случае речь идет о нарушении, наблюдающемся с первых лет жизни, во втором — о нарушении, приобретенном после того, как функция мочеиспускания сформировалась, но затем была разрушена.

Вторичное недержание мочи встречается во много раз реже, чем первичное.

В происхождении первичного неврозоподобного недержания мочи главную роль играет сочетание наследственного и резидуально (от лат.— остаточный)-органического факторов. Практически у всех этих больных в роду были лица с расстройством контроля за мочеиспусканием: в одних случаях все представители мужского пола из поколения в поколение страдали ночным недержанием мочи (до определенного возраста), в других случаях аномалии мочевой сферы были незначительны, но все же имели место. При тщательном сборе анамнеза (сведений о жизни больных и их родственников, а также о начале болезни) обнаружилось, что среди членов семей больных были такие, у которых наблюдалось эпизодическое недержание мочи на фоне сильного опьянения, во время родовых потуг, от сильного волнения; в неэкстремальных же ситуациях эти люди были совершенно здоровы.

Если наследственная особенность является единственной причиной недержания мочи, то в этом случае есть основание говорить о наследственном расстройстве. Чаще же наследственная предрасположенность реализуется органическими факторами, действовавшими в период беременности, во время родов и в первые годы после рождения ребенка. Понятно, что в последнем случае отмечается смешанная клиническая картина: помимо недержания мочи, связанного с наследственной формой первичного неврозоподобного недержания мочи, определяются признаки резидуально-органической аномалии нервной системы, не говоря о неврологических нарушениях, которыми занимаются детские невропатологи.

Первичное неврозоподобное недержание мочи у детей с годами бесследно проходит по мере дозревания функции регуляции мочеиспускания, формирование которой у таких детей замедлено.

При вторичном же неврозоподобном недержании мочи разрушается уже сформировавшаяся функция. Это происходит при значительном поражении центральной нервной системы (вследствие тяжелого воспаления или сотрясения мозга, при опухоли головного мозга и т. д.). Поскольку

расстройство функции центральной нервной системы у таких лиц очень выражено, на недержание мочи обычно не обращают внимания, навыки контроля за мочеиспусканием продолжают разрушаться, а это свидетельствует о нарастании расстройства психической сферы.

Дети не переживают из-за неврозоподобного недержания мочи, как, впрочем, и из-за заикания и тика. Они относятся к этим аномалиям безразлично. Чем больше будет фиксировано внимание больного на его заболевании, тем скорее он избавится от неврозоподобного недержания мочи. Этим отличается неврозоподобное недержание мочи от невротического. В последнем случае чем больше обращаешь внимание больного на его дефект, тем больше больной переживает свое состояние и тем хуже себя чувствует.

Следовательно форма и степень переживания больным своего состояния является одним из главных критериев, отделяющих неврозы от неврозоподобных расстройств.

У некоторых пациентов с годами стирается грань между невротическими и неврозоподобными расстройствами. Причина тут лишь одна: при неблагоприятных условиях неврозоподобные нарушения в подростковом возрасте могут «обрастать» невротическими наслоениями, иногда значительными. Какова причина этих наслоений? Переживание больным своего дефекта? Как раз все обстоит иначе: пациенты больше переживают из-за насмешек посторонних людей, чем из-за самого заболевания.

По нашим сведениям, такое обрастание неврозоподобного энуреза невротическими наслоениями встречается приблизительно у четверти пациентов, а может и реже.

Приблизительно у 80 % всех пациентов с первичным неврозоподобным недержанием мочи это расстройство связано не с нарушением функции мочевой системы, а с тем, что у них слишком глубокий сон.

Такой чрезмерно глубокий сон вызывается наследственными факторами или органической патологией головного мозга. Известны факты, когда у всех членов семьи, которые имели очень глубокий сон, до определенного возраста были те или иные неполадки в функциональной деятельности мочевой системы. Мы наблюдали детей, у которых слишком глубокий сон был вызван их повышенной утомляемостью за счет чрезмерной двигательной активности во второй половине дня («Набегается, а потом спит как убитый; его и пушкой не поднимешь в туалет»,— говорят о таких детях).

Что же убеждает врача в том, что перед ним пациент

с чересчур глубоким сном? Об этом он заключает, исходя из таких критериев.

Во-первых, ребенок обмочился и продолжает мокрый как ни в чем не бывало спать или в крайнем случае только переворачивается на другой бок. Во-вторых, непроизвольное мочеиспускание возникает не под утро, когда мочевой пузырь переполнен, а в первой половине ночи, очень часто в первые 2—3 ч сна. В-третьих, как правило, выпускается небольшое количество мочи, что не зависит от количества выпитой до этого жидкости. В-четвертых, такие больные обычно говорят, что им вообще не снятся сны или снятся чрезвычайно редко. Этот вид недержания мочи бывает лишь во время сна, в основном ночью. Дневного недержания мочи (вне сна) подобного происхождения не бывает.

Второй вариант первичного неврозоподобного энуреза обусловлен ослабленным тонусом мышц, регулирующих мочеиспускание, и определяется при помощи следующих критериев.

Во-первых, обмочившись, такие больные сразу же просыпаются. Во-вторых, отмечается четкая взаимосвязь между количеством выпитой жидкости и частотой недержания мочи: чем больше выпито, тем чаще наблюдается недержание мочи. В-третьих, недержание мочи бывает только ночью и только под утро, когда мочевой пузырь уже не в силах выдержать напора мочи. В-четвертых, во время мочеиспускания мочевой пузырь опорожняется полностью, и поэтому количество неудержанной жидкости обычно велико.

Причиной третьего варианта первичного неврозоподобного недержания мочи является нарушение тонуса (дистония) мочевого пузыря. Таких больных в первую очередь лечат урологи. При дистонии мочевого пузыря недержание мочи может быть и дневным и ночным. Моча выделяется небольшими порциями, за ночь такие пациенты могут обмочиться даже 4—5 раз. Обмочившись, они, как правило, сразу же просыпаются. Иногда позыв к мочеиспусканию оказывается неодолимым и требует немедленного удовлетворения, поэтому, даже уже проснувшись, пациент выпускает порцию мочи в постель. Недержание мочи при этом может быть и вне связи со сном.

При обследовании урологом у этих пациентов обнаруживается та или иная патология. Решить, кто нуждается в консультации детского уролога, а кто нет, должен педиатр. Участковый педиатр определяет, каких больных на-

править к другим специалистам Пациента с психогенным недержанием мочи педиатр направляет к детскому психиатру. При первичном неврозоподобном недержании мочи, вызванном дистонией мочевого пузыря, он рекомендует проконсультироваться у детского уролога. Если обнаружен первичный неврозоподобный энурез, в основе которого лежит чрезмерная глубина сна и слабость наружных сфинктеров уретры, то педиатр направляет больного к детскому невропатологу либо к детскому психиатру. Однако врач самой высокой квалификации не сможет помочь больному с недержанием мочи, если его союзниками не будут родители. Почему? Да потому, что врач лишь назначает лечение. Как оно реализуется — зависит от того, насколько точно ребенок выполняет предписание врача, а это требует строжайшего контроля со стороны родителей. Медик лечит больного руками его родителей — только при этом условии можно гарантировать лечебный эффект.

Врач не должен ни запугивать, ни слишком успокаивать родителей детей, больных энурезом. Он обязан говорить им все как есть: от недержания мочи, заикания или тиков, которые обнаруживаются вместе взятые приблизительно у 50—60 % всех детей и подростков, обращающихся к психиатру, никто не умирает и не становится инвалидом, но полное излечение от наиболее распространенных форм этого расстройства минимум на 90 % зависит от самих больных и родителей.

Поскольку недержание мочи бывает разных форм, то и лечение его различно в каждом конкретном случае.

Как же помочь ребенку избавиться от недержания мочи? К врачу пришел пациент с первичным неврозоподобным недержанием мочи и именно с тем его вариантом, который наблюдается у больных с чрезмерной глубиной сна. Внимательно выслушав пациента, подробно расспросив его родителей (вот тут наблюдательность, объективность и здравомыслие мам и пап очень пригодятся) и поставив точный диагноз, врач назначает комплексное лечение, направленное на то, чтобы сделать сон более поверхностным. С этой целью нужно заставить ребенка хотя бы полчаса спать в середине дня (чтобы к вечеру он не был чересчур уставшим) и научить его спать на боку или на животе. Сон на спине — самый крепкий; именно поэтому некоторые родители привязывают детям, больным энурезом, к пояснице щетку. Когда ребенок ложится на спину, щетка впивается ему в тело и он просыпается. Больных с чрезмерно глубоким сном нужно обязательно будить

незадолго до того, как пациент может обмочиться. Однако если это не помогает, следует перейти к даче препаратов, которые делают сон более поверхностным.

Тут уместно коснуться вопроса, который всегда волновал медиков,— вопроса о самолечении. Однажды я читал научно-популярную лекцию, во время которой один слушатель буквально изводил меня вопросами. Особенно он протестовал против тезиса о том, что самолечение может принести вред здоровью. Он обрушил на меня массу аргументов, назову лишь главные из них: 1) нет гарантий, что врач будет лечить больного лучше, чем если этим займется сам больной, ознакомившись с соответствующей литературой и не утратив здравого смысла, ведь среди врачей много невежд или черствых, равнодушных людей; 2) от ошибок никто не гарантирован: ни врач, ни пациент; 3) самолечение возможно лишь в случаях нетяжелых заболеваний: понятно, что никто не станет себе делать операцию на сердце или лечить у себя туберкулез; 4) как и многое в жизни, успех лечения зависит от знаний того, кто лечит, здравого смысла, самокритичности человека и т. д.

Во многом мой оппонент был прав, но одного не учитывал: когда человек заболевает, он чаще всего теряет нормальные ориентиры либо преувеличивает опасность своего заболевания либо преуменьшает, а зачастую как-то неверно его воспринимает. Поэтому при самолечении трудно выбрать наиболее оптимальный подход. А коли так, то возможны ошибки. Сам я не встречал случаев самолечения у своих пациентов (специфика профессии), но тем не менее хочу предостеречь родителей больных детей от этого. Даже если вы знаете медицину не хуже врача, все равно вы не врач своему ребенку. Ведь давно известно, что своих родных и знакомых врачи не лечат, а родители своих детей тем более.

В XX в. появилось много препаратов, которые могут вызывать привыкание организма к ним (могут, но не обязательно вызывают). Такие препараты продают только по рецептам, назначают только по показаниям. О них много пишут на страницах журнала «Здоровье», поэтому многие читатели о них осведомлены. О некоторых из этих лекарств и пойдет речь ниже. Вначале рассмотрим их с точки зрения фармакологического действия. По этому свойству препараты можно разделить на три группы. Одни препараты улучшают настроение, повышают активность, как бы вливают в организм свежие силы. К этой группе относятся амитриптилин (триптизол, герфонал), флораци-

зин, пиразидол, азафен (последние три препарата синтезированы в СССР). Вторая группа включает имизин (мелипрамин, тофранил, имипрамин), оказывающий выраженное антидепрессивное действие, ниамид (нуредал, ниаламид), трансамин (парнат), индопан.

Часть препаратов из этих двух групп несовместимы друг с другом (например, нуредал и мелипрамин): при одновременном или близком по срокам применении их может наступить смерть. Помните об этом, родители, и не занимайтесь лечением своих детей без рекомендаций специалистов.

Третья группа состоит из собственно психостимуляторов. К ним относятся прежде всего такие распространенные препараты, как фенамин, центедрин, а также отечественные препараты сиднокарб, сиднофен.

В 60—70-х годах появилась новая группа препаратов метаболического действия (улучшающих обмен веществ в мозге), часто оказывающих стимулирующее влияние. Это в первую очередь пирацетам (ноотропил), аминалон (гаммалон), пантогам, пиридитол (энцефабол), ацефен и др.

Лечебные дозы препаратов подбирают индивидуально. Показателем того, что доза достаточная, является возобновление сновидений и просыпание после неврозоподобного мочеиспускания. Принимают эти лекарства на ночь. Продолжительность лечения — примерно 4—6 нед. Если неврозоподобное мочеиспускание происходит вскоре после засыпания, более эффективны сиднокарб, сиднофен, ноотропил, азафен. Из лекарств, мешающих быстрому засыпанию, чаще всего используют аминалон, кофеин, азафен, а также сиднокарб, которые дают пациентам непосредственно перед сном. Если пациент непроизвольно мочится через 3—4 ч и позже после засыпания (из-за глубокого сна), то назначают антидепрессанты более длительного и сильного действия (мелипрамин).

Оптимальную дозу всех лекарств подбирают врачи. Если ребенок после обеда поспал и в этот день не устал, не перевозбудился, то, по всей видимости, ночной сон его не будет слишком крепким. Поэтому можно дать ему меньшую, чем обычно, дозу лекарства или вообще не давать его. К лечению детей с ночным недержанием мочи не может быть шаблонного подхода. Дозы лекарств следует менять в зависимости от конкретных условий лечения.

На фоне приема указанных препаратов больного с неврозоподобным недержанием мочи, вызванным слишком

глубоким сном, можно будить в определенное время, чтобы сформировать у него своевременный и эффективный рефлекс на мочеиспускание (Напоминаю, что лечение должно быть комплексное, а формы использования комплекса лечебных методов в каждом случае определяет только врач).

Всем таким больным необходимо проводить внушение в предсонном состоянии. Вначале это делает медицинский работник, потом кто-то из родителей больного, а на третьем этапе — сам пациент (это будет уже самовнушение, контроль за его поведением полностью ложится на родителей). Врач говорит больному:

«Прими удобную позу, закрой глаза. Когда я сосчитаю до 10, ты заснешь и перестанешь слышать мой голос, а пока ты не заснул, ты слышишь мой голос, все остальные звуки до тебя почти не доходят. Тебе легко, приятно, ты ни о чем не думаешь. Один... Сердце бьется ровно, спокойно, незаметно, дышится медленно и плавно, во всем теле приятное тепло. Хочется спать. Поэтому веки тяжелые, тело ленивое, ничего не хочется делать. Два... На душе спокойно и легко. Ты постепенно засыпаешь. Три... Спи, спи, спи... Мой голос звучит все тише, будто издалека. Ты засыпаешь... Ты не вдумываешься в смысл произносимых мною слов, ты полностью им подчиняешься. Сейчас твоя задача заснуть под руководством моего голоса. Четыре... Спи. Пять... Ночью тебе приснится то, что ты сегодня видел, слышал, о чем думал, что узнал в школе или дома Эти сновидения будут приятными, легкими, они не будут вызывать грусть Шесть... Во время этих сновидений тебе захочется помочиться. Ты немедленно проснешься, встанешь, пойдешь в туалет, помочишься, вернешься в постель и заснешь как ни в чем не бывало».

Последнюю фразу нужно повторять много раз, максимально убедительным тоном, повторять в одинаковой последовательности, так как если пропустить что-то, то больной может все выполнить неправильно. Я был свидетелем случаев, когда начинающие психотерапевты забывали добавить «вернешься в постель и заснешь ...», и больной оставался в туалете и засыпал там Таким образом, все, что больному внушили, он станет делать, поэтому необходимо внушать только реальные требования и четко объяснять пациенту последовательность их выполнения.

Продолжаем внушение: «Семь... Твой мозг будет помимо твоей воли, подсознательно, постоянно думать об одном: когда захочется помочиться, я проснусь, пойду

в туалет, помочусь, вернусь и вновь засну. Восемь... Ты засыпаешь, мой голос почти не слышен, ты уже спишь обычным сном, но в твоей голове постоянно звучит одна и та же мысль: как только я почувствую позыв к мочеиспусканию, я немедленно проснусь, встану, пойду в туалет, помочусь, вернусь в постель и засну. Эта мысль полностью владеет тобой Спать Девять Спать, спать, но помнить о том, что нужно вовремя проснуться, чтобы не обмочиться в постели Спать Десять.. Ты спишь Мой голос исчез...»

Как часто проводить подобное внушение? Все зависит от больного, от динамики его расстройств, от выполнения им врачебных рекомендаций Некоторые пациенты с неврозоподобным недержанием мочи, вызванным чрезмерно глубоким сном, выздоравливали после 3—4 сеансов внушения, другим требовалось 20—25 сеансов, но выздоравливали все без исключения

РЕЖИМ, ТРЕНИРОВКИ, САМОКОНТРОЛЬ...

Теперь поговорим о лечении того варианта первичного неврозоподобного недержания мочи, который обусловлен слабостью мышц уретры. Лечение это обычно длительное, продолжается порой годами и складывается из определенных физических упражнений, режима дня, диеты и приема лекарств.

Из физических упражнений рекомендуются плаванье, езда на велосипеде, прыжки, бег. По утрам следует делать зарядку, укрепляющую мышцы малого таза: подпрыгивать, скакать через веревку и т. д.

Необходимо ограничивать прием жидкости в вечернее время: приблизительно за 2—3 ч до отхода ко сну ничего не пить. В утреннее время и в середине дня ограничивать прием жидкости не нужно. Предложенная в 1931 г. известным педиатром Н. И. Красногорским диета (вечером съесть немного селедки или выпить на ночь полстакана сахарного сиропа) в настоящее время используется относительно редко, так как вместо этого можно просто не пить воды вечером. Всем страдающим энурезом независимо от формы его нужно перед сном 3—4 раза с интервалом 15—20 мин опорожнить мочевой пузырь. При позыве к мочеиспусканию рекомендуется выпускать мочу не полностью: выпустить часть мочи, прекратить выпускать, затем снова выпустить часть и т. д. Это способствует укреплению мышц уретры. С этой же целью полезно перед тем, как выпустить порцию мочи, немного потерпеть (не мочиться).

Специальных препаратов, увеличивающих силу только сфинктеров, не существует Используемые в таких случаях лекарства, как правило, одновременно действуют и на сфинктеры и на мышцы мочевого пузыря, поэтому их лучше назначать при сочетании дисфункции мочевого пузыря и сфинктеров.

Для усиления тонуса сфинктеров уретры рекомендуются также электростимуляция и физиотерапия. Но на методиках лечения мы останавливаться не будем — это дело врачей, а не родителей.

У детей с первичным неврозоподобным недержанием мочи, обусловленным слабостью сфинктеров, особенно в сочетании с дисфункцией мочевого пузыря, нередко недержание мочи учащается при перемене метеорологических условий (преимущественно весной и осенью). В таких случаях для профилактики перед наступлением этого периода нужно проводить лечение.

Психотерапия пациентов с первичным неврозоподобным недержанием мочи, связанным со слабостью мышц мочеиспускательного канала, сводится к тому, чтобы в предсонном состоянии внушить больным нормальный тонус сфинктеров и одновременно способствовать своевременному просыпанию с целью помочиться. Как уже указывалось выше, внушение проводит врач, потом наученные врачом родители, затем сами больные, если позволяет их возраст (под контролем родителей). Так, школьнику можно внушать следующее: «...Прими удобную позу, закрой глаза. Когда я сосчитаю до 10, ты заснешь обычным сном. Но пока ты еще не заснул, ты будешь находиться в состоянии особого лечебного сна, на протяжении которого ты будешь слышать мой голос и вызывать у себя те ощущения и представления, о которых я буду говорить. Твое сердце бьется ровно и незаметно, дыхание плавное, медленное. Один... Ты чувствуешь, как по всему телу разливается приятное тепло, как дрема охватывает тебя, хочется спать. Два... На душе спокойно, нет тревоги и беспокойства. Когда ты почувствуешь позыв к мочеиспусканию, ты немедленно проснешься.. Три... Твой мочевой пузырь стал сильным и выносливым, он выдержит большое количество мочи. Четыре... Внизу живота ты чувствуешь приятное тепло. Ты отдыхаешь и все больше погружаешься в лечебный сон. Мой голос звучит все тише и тише, тебе все больше и больше хочется спать. Пять... По всему телу разливается приятное тепло, особенно тепло внизу живота. Ты чувствуешь, будто твой мочевой пузырь стал сильным,

крепким, он способен выдержать большое количество мочи. Шесть... Ноги и руки тяжелые, теплые, глаза слипаются, мой голос доносится издалека. Семь... Ты ни о чем не думаешь, тебе хочется спать, мой голос звучит все тише. На душе хорошо. Ты знаешь, что если тебе захочется помочиться, ты проснешься, встанешь, пойдешь в туалет, там помочишься, потом вернешься в постель и заснешь. Восемь Спи. Девять... Мой голос исчезает, ты спишь, твердо уверенный в том, что при необходимости ты проснешься и что твой мочевой пузырь может выдержать любой напор мочи Спи. Десять.. Ты спишь».

Проводя внушение, говорят тихим, спокойным, убаюкивающим голосом, повторяя одну и ту же фразу по 3—4 раза в разных вариантах. Это же внушение проводят при лечении пациентов с недержанием мочи, обусловленным дистонией мочевого пузыря. Поскольку у подавляющего числа детей представления о мочевой системе обычно ограничиваются туманными сведениями о существовании мочевого пузыря, приходится прибегнуть к упоминанию только этого органа, даже в случаях лечения при слабости сфинктеров или других нарушениях.

Лечение первичного и вторичного недержания мочи, обусловленного дисфункцией мочевого пузыря, длительно и складывается из лечебной физкультуры (такой же, как при слабости сфинктеров), специального режима дня и диеты, как при дисфункции сфинктеров, методов физиотерапии, медикаментозной терапии и психотерапии. Из лекарств назначают препараты, тонизирующие наружные сфинктеры уретры и мышцы мочевого пузыря

При невротических нарушениях, протекающих с недержанием мочи, нужно исключить конфликты в семье (что полностью зависит от самих родителей) и, отвлекая больного от тягостных переживаний, перейти к психотерапии, а если она окажется безуспешной,— к фармакотерапии Чаще всего психотерапию проводят на фоне медикаментозного лечения: один метод усиливает другой. Психотерапия обычно заключается в проведении внушения в состоянии сомноленции (в поверхностной стадии гипнотического состояния) и в предсонном состоянии больного

В состоянии сомноленции проводят внушение для достижения чувства внутренней стабильности, спокойствия, равнодушия к перенесенной психической травме. Это внушение осуществляют в 3 этапа: на первом этапе пациента вводят в состояние сомноленции, на втором — на фоне сомноленции ему проводят внушение, направленное на

преодоление конкретных симптомов, на третьем этапе больного выводят из состояния сомноленции.

В предсонном состоянии больному последовательно внушают: состояние сомноленции, ликвидацию определенных симптомов невротического недержания мочи, переход гипнотического состояния в физиологический сон.

Шестилетний мальчик был свидетелем драки, происшедшей между отцом и матерью, после которой родителей арестовали. Ребенок остался один с бабушкой. В первую же ночь после психического потрясения мальчик громко плакал во сне, вздрагивал, вскрикивал, в середине ночи обмочился, проснулся, заснул с очень большим трудом. На следующий день у ребенка было «плаксивое» настроение, он плохо ел, много раз спрашивал бабушку о том, что будет с его родителями, когда их освободят из заключения. Ночью повторилось все, что было в предыдущую ночь. Так продолжалось 6 суток. Бабушка привела внука к нам. У мальчика диагностирована острая невротическая реакция с нарушением сна и невротическим энурезом. Ему был назначен седуксен (реланиум): по 2,5 мг перед дневным и ночным сном. Больной запивал лекарства четвертью стакана теплого молока с чайной ложкой меда (как известно, теплое молоко и мед в небольших дозах оказывают снотворное и успокаивающее действие). Бабушке было рекомендовано на время переселиться с внуком к кому-нибудь из родственников, чтобы ничто не напоминало ему о случившемся. На магнитную ленту был записан текст для проведения внушения, который бабушка обязалась давать прослушивать внуку перед дневным и ночным сном, а также в состоянии сомноленции после завтрака и после полдника. Все рекомендации бабушка исполнила. Через 5 дней невротические симптомы исчезли.

Как и всякую психотерапию, лечебное внушение можно проводить индивидуальным и групповым методами: в последнем случае для экономии времени врача собирают группу «однородных» пациентов и всем им внушают то, что внушали бы каждому в отдельности. И дело тут не только в экономии времени медицинского работника. Когда больные находятся вместе, они друг у друга усиливают внушаемость. Иными словами, за счет взаимной индукции пациентов увеличивается лечебный эффект Всегда психотерапию начинает проводить врач, и только в дальнейшем могут подключаться к этому процессу роди тели (под руководством врача).

Психотерапию можно проводить как амбулаторно, так и в стационарных условиях.

В эпоху развития разнообразной техники появилась возможность широко использовать магнитофонные записи необходимых видов внушения. Нет сомнения, что так же, как сейчас продаются кассеты с записями эстрадных песен, опер, сказок и т. д., в недалеком будущем будут продаваться записи с текстами различных видов лечебного внушения.

Обычно лечение невроза осуществляется в два этапа: на первом этапе пациента максимально успокаивают, дают ему возможность выспаться и отдохнуть, а потом проводят стимулирующее лечение, направленное на повышение тонуса и уверенности в себе. После проведения внушения применяют психотерапию с целью активизировать стремление пациента самостоятельно справиться со своим заболеванием. Иными словами, чем больше времени прошло после начала лечения, тем активнее пациент должен проводить самовнушение и повышать свой жизненный тонус, расставаясь с закрепившимся патологическим условным рефлексом.

«АРИСТОКРАТИЧЕСКАЯ» БОЛЕЗНЬ

На консультацию привели шестилетнего мальчика, у которого перед засыпанием подергивались мышцы лица. У ребенка был также плохой аппетит, он не переносил жару и духоту, часто покрывался пятнами, был крайне чувствителен к перемене погоды. В грудном возрасте у мальчика беспричинно возникала рвота, поэтому хирурги заподозрили наличие у него врожденного порока желудка и рекомендовали сделать операцию. В раннем детстве мальчик страдал выраженным диатезом.

При опросе родителей ребенка выяснилось, что у многих членов семьи по мужской линии в роду его матери были такие же явления, которые к 8—10 годам обычно проходили, хотя и позже у них отмечалась повышенная чувствительность к температурным колебаниям, плохой аппетит и расстройство сна.

Был поставлен диагноз: невропатия. Ребенку назначили лечение, родителям дали советы по его воспитанию. Спустя 3 года при обследовании мальчика у него уже не обнаруживались вышеописанные расстройства.

Проблемой невропатии занимаются педиатрия, невро-

патология, физиология, психиатрия. На каждом этапе изучения этой патологии в понятие невропатии вкладывалось различное содержание. Исследовательская мысль шла от нечеткого, расплывчатого понимания к более узкому, конкретному. В настоящее время к типичным проявлениям невропатии относят расстройства суточного ритма сна, питания и других физиологических отправлений, беспричинные колебания температуры тела, склонность к диатезам, рвоте, кожным высыпаниям, подергиванию мышц и т. д. Классик советской детской психиатрии Г. Е. Сухарева (1891—1981) выделяла два основных варианта невропатии — астенический и возбудимый. Грудные дети с первым вариантом невропатии тихие, вялые, со сниженным жизненным тонусом, у них плохо развиты некоторые инстинкты и рефлексы (например, будучи голодными, могут не просить еды, часами молча лежать на мокрых пеленках, иногда не спать сутками и т. д.). Такие дети обращают на себя внимание каким-то особым беспокойством. Дети с возбудимым вариантом невропатии, наоборот, крикливы, капризны, шумны, могут часами кричать (особенно по ночам), у них резко преобладают процессы возбуждения.

Иногда я встречаю на улице одного из моих бывших пациентов и мгновенно переношусь в то далекое время, когда мне приходилось его лечить. С раннего детства у мальчика были свойства, которые, как теперь читатель знает, относятся к возбудимому варианту невропатии. Рос он крайне капризным. В двухлетнем возрасте чего-то ему захотелось, но мать не исполнила требование сына: он упал, забился в дерганиях, крике, посинел, стал задыхаться. Мать вызвала меня. Пока я добирался до дома пациента, это состояние у него прекратилось. Потом оно много раз возобновлялось после неудовлетворения его просьб, капризов. Подобные состояния, часто возникающие на фоне невропатии, называются аффект-респираторными приступами. Они со временем проходят сами по себе, но характер человека становится все более невыносимым. Если же лечить больного, то аффект-респираторные приступы пройдут, и характер не пострадает.

Как лечить — на этот вопрос в каждом конкретном случае даст ответ лечащий врач: единого ответа тут не бывает. Следует помнить, что аффект-респираторные припадки — не такое уж безобидное расстройство. О том, что во время такого приступа больные умирали, я не слышал, но вполне допускаю, что такое возможно.

Сейчас подростку 14 лет, ему и в голову не приходит, как часто и сильно волновались по поводу его здоровья близкие, когда он был совсем маленький. А причиной была невропатия, способствовавшая аффект-респираторным приступам. Кто видел эти приступы, не забудет их никогда. Особенно пугаются матери, и это естественно. Но несмотря на это, именно матерям, которые чаще всего бывают с детьми, в данный момент нужно взять себя в руки и быстро ввести ребенку успокаивающие препараты, дать нашатырный спирт, побрызгать его холодной водой, взять на руки...

В XIX в. синонимом невропатии считали детскую нервность, но это неверно. Нервность — это не столько клиническое, сколько литературное понятие, не дифференцированное, требующее в каждом случае конкретизации. Нервность всегда несет на себе существенный отпечаток той болезни, симптомом которой является. Невропатия — самостоятельное нарушение состояния организма, для которого типична специфическая нервность. Таким образом, у всех невропатов определяется детская нервность, но не у всех нервных детей имеется невропатия.

Раньше невропатию считали «привилегией» детей аристократов и артистов; сейчас, понятно, никто так не думает.

Мы выделяем два основных типа невропатических расстройств.

Невропатия конституционального происхождения, обусловленная наследственными особенностями ребенка, проявляется с раннего детства и с годами сама по себе проходит. Однако степень и темп ее исчезновения различны.

Невропатоподобные нарушения, лишь внешне похожие на истинную невропатию, чаще всего связаны с органическим повреждением центральной нервной системы.

Невропатия — негрубая аномалия, которая с годами полностью исчезает. Но она способствует возникновению других нарушений — в этом ее основной вред.

Детей-невропатов лечат педиатры, невропатологи и психиатры — в зависимости от того, к какому врачу обратились родители. Лечение направлено на успокоение и укрепление нервной системы. При этом назначают препараты брома, валерианы, лекарства общеуспокаивающего действия. Рекомендуются также препараты, снижающие мышечную возбудимость (в том числе кальция хлорид). Необходимо нормализовать суточный режим. Большую пользу приносят водные процедуры и рациональное питание.

При лечении невропатии родители и врачи должны запастись терпением. У большинства детей признаки невропатии бесследно исчезают и безо всякого вмешательства медиков. В будущем невропатия у них может дать о себе знать, вплетаясь в картину уже иных психоневрологических аномалий. Если ребенок невропат, то у него повышена вероятность психоневрологических расстройств, поэтому к такому ребенку следует относиться особенно внимательно.

У девочки до пятилетнего возраста отмечалась невропатия астенического типа. Потом она прошла. Казалось, все обошлось. Однако, когда девочку стали усиленно готовить к школе, забыв о чувстве меры, у нее проявились более серьезные расстройства (в том числе и рвота по утрам), в происхождении которых значительную роль сыграла перенесенная в прошлом невропатия. Ясно, что невротическая рвота не была следствием давно минувшей невропатии, она возникла из-за психогенных переживаний, но проходила по «проторенному», привычному пути. А толчком к этому послужили неправильные воспитательные меры.

На второй день учебы в первом классе у девочки возникла рвота по утрам. Это состояние у нее длилось в течение 2 лет. Просыпалась в нормальном самочувствии, но при мысли, что надо идти в школу, у нее возникала рвота. Девочка с трудом завтракала, а чаще всего ничего не ела. Когда не надо было идти в школу, рвоты не было.

Мать привела девочку на консультацию и просила «гипнозом ликвидировать рвоту». Но задача психиатра — вначале выяснить причину состояния ребенка. Ведь нельзя лечить, не поставив точно диагноз. Врач не должен идти на поводу у родителей. Он сам выбирает тактику лечения, основываясь на показаниях.

Каковы же внутренние механизмы появления утренней рвоты у пациентки? Девочку обследовало множество педиатров, и они не находили у нее никаких отклонений. Значит, рвота связана не с органическим поражением пищеварительного канала или головного мозга, а с причинами, относящимися к компетенции детского психиатра. Помимо того что у девочки до 4—5 лет были невропатическая рвота, диатез, расстройство сна, она с раннего детства отличалась чрезмерной впечатлительностью, тревожностью, мнительностью. Правда, такие черты характера были и у матери, но у нее они не достигали заметной степени. Девочка быстро уставала, легко утомлялась от умерен-

ных занятий. В 6 лет пошла в подготовительный класс. Учительница, которая с ней занималась, привязалась к девочке, и та, в свою очередь, ее очень полюбила. Когда на первом же уроке в первом классе учительница объявила, что она передает класс другой учительнице, наша будущая пациентка, отличавшаяся «консерватизмом» (уж если привяжется к кому-то, долго его не забудет), восприняла это известие как катастрофу: ей расхотелось ходить в школу и учиться у другого педагога. На следующий день, когда надо было собираться в школу, у девочки открылась рвота Потом рвота зафиксировалась по типу условного рефлекса; с нее начинался любой день, когда девочка собиралась в школу.

Училась пациентка хорошо, но не потому, что была сообразительна или очень способна, а главным образом благодаря прилежанию, добросовестности. Долго сидела за приготовлением уроков, по многу раз проверяла, правильно ли выполнены задания. В классе ее не очень любили, так как она была болезненно справедлива, всем делала замечания, очень легко обижалась, была чрезмерно чувствительной к чужой грубости и резкости. «Никто не мог заранее знать, что обидит ее, а что нет»,— утверждала мать пациентки. Но больше всего расстраивала родителей склонность девочки к сомнениям. Та буквально изводила всех, требуя подтверждения правильности своих и чужих слов и поступков. «Ты уверена, что так правильно?» — без конца обращалась дочь к матери. К детям тянулась, но предпочитала играть с младшими — те ее больше слушались, чем ровесники.

Мать видела причину болезненного состояния дочери в том, что в свое время слишком решительно внушала ей долг учиться хорошо, любить педагогов, не совершать плохих поступков. Девочка рьяно исполняла все, что внушали ей родители. Во втором классе родители поняли свою ошибку, стали осторожно намекать дочери, что незачем быть такой прямолинейной, слишком обязательной, но было уже поздно: все эти достойные черты у девочки были чрезмерны, они создали у нее душевную дисгармонию. Была диагностирована невротическая рвота, характерная для тревожно-мнительной личности. Назначено длительное комплексное лечение, включавшее прием лекарств, самовнушение и главное — воспитательные меры. Со временем рвота прекратилась, а тревожно-мнительные свойства характера хотя и уменьшились, но все-таки в 9 лет (через 2 года) еще сохранялись.

Нет, не такое уж безобидное расстройство — невропатия. Его надо активно устранять, физически и духовно закаляя ребенка.

ЦЕРЕБРАСТЕНИЯ

Невропатия, как и любое иное нарушение состояния здоровья, может сочетаться с самыми разнообразными расстройствами психоневрологической сферы. Важно помнить и то, что она бывает лишь в определенном возрасте (обычно до 5—6 лет). По мере взросления ребенка у него могут обнаруживаться иные болезни, каждая из которых имеет свой период выявления. Если в грудном и ясельном возрасте самое распространенное расстройство — невропатия, то в дошкольном и младшем школьном возрасте на первое место выходит церебрастения. Иногда, правда, они могут сочетаться. И еще одно уточнение: церебрастения может возникать и в другие возрастные периоды

Мальчик родился в результате беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головной болью. В конце беременности мать перенесла тяжелое заболевание вследствие простуды. Роды также протекали неблагополучно. В раннем возрасте ребенок развивался нормально, но много болел. Во время болезни (особенно при высокой температуре тела) у него начинался «бред» с галлюцинациями Ребенок плохо засыпал, испытывал страх, очевидно, видел тяжелые сны, иногда у него возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С трех-четырехлетнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребенок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устает, не выдерживает даже незначительного психического и физического напряжения. Если ребенок простуживался, то болезнь протекала длительно. После болезни долго не мог прийти в себя, еще быстрее утомлялся Мальчик был повышенно суетлив, несобран, раздражителен, плаксив. Все эти черты стали особенно заметными, когда мальчик пошел в школу (к тому же он учился во вторую смену): быстро уставал, к концу урока плохо соображал, становился непоседливым. Продуктивность труда его была неравномерной: если не уставал, то учился хорошо, все интеллектуальные процессы протекали нормально, память была отличной. Стоило же ребенку утомиться, плохо отдохнуть, как он начинал хуже усваивать новое, с трудом запоминал, внимание его рассеивалось, он становился неусидчивым. Мать заметила также, что если сын днем не

поспит или слишком поздно ляжет спать вечером, все эти явления усиливаются, он «встает с левой ноги», бывает драчлив. Помимо этого мальчик отличался двигательной неловкостью, неуклюжестью, из-за чего превращался в объект насмешек со стороны сверстников. Обидчивый и вспыльчивый, в ответ на легкие обиды и иронию начинал драться. Во время этих драк мальчику доставалось больше всех: однажды, например, его толкнули, он упал и ушиб голову. Пробыл неделю в больнице в связи с сотрясением мозга (кружилась и болела голова, несколько раз была рвота, постоянно чувствовал себя уставшим).

Учился все хуже и хуже, что стало особенно заметно в 4-м классе, когда нагрузка возросла и мальчик помимо занятий в общеобразовательной школе стал дополнительно изучать иностранный язык (по инициативе матери, мечтавшей о том, чтобы сын говорил по-английски). Мальчика направили на консультацию к детскому психиатру. У него был диагностирован церебрастенический (от лат. *церебро* — мозг, *астения* — слабость) синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга. Было назначено соответствующее лечение, даны лечебно-педагогические рекомендации, которые неукоснительно выполнялись. Через 2 года мальчик был совершенно здоров.

Большинство признаков, которые встречаются у больных церебрастенией, бывают у множества совершенно здоровых людей, но у больных церебрастенией они так сочетаются, что создают специфическую картину болезни Поэтому не ищите у своих детей, уважаемые родители, эти симптомы: кто ищет, тот всегда находит, но это еще ни о чем не говорит, а на мнительных и впечатлительных людей действует удручающе.

Проявления церебрастенического синдрома зависят не только от причин его возникновения (их может быть много), но и от времени воздействия болезнетворного фактора на мозг. Признаки болезни усиливаются от езды в транспорте, физического переутомления, вследствие общих заболеваний. Дети жалуются на сильную головную боль, на то, что их укачивает в транспорте, они плохо переносят жару и духоту, быстро утомляются. При усилении церебрастении обычно нарушается и поведение больных: одни из них становятся слишком суетливыми, расторможенными, двигательно активными, непоседливыми, раздражительными, возбудимыми, даже агрессивными (это астено-гипердинамический вариант церебрастенического синдрома), другие — вялыми, сонливыми, заторможенными, ма-

лоподвижными, бездеятельными (астено-адинамический вариант), у третьих на первый план выходят крайняя апатия, отсутствие желаний, невероятная «лень» и сонливость (астено-апатический вариант), у четвертых появляются капризность, угрюмость, раздражительность (астено-дистимический вариант). Помимо этих четырех выделенных нами вариантов церебрастений встречаются разнообразные смешанные варианты болезни.

У некоторых детей нарушается сон: иногда он чрезмерно глубокий (из-за этого больные, например, не просыпаются во время позыва к мочеиспусканию), иногда очень поверхностный, с множеством сновидений, отражающих ту информацию, которую ребенок получил днем. Настроение больных обычно неровное: при утомлении они плаксивы, раздражительны, вспыльчивы; когда отдохнут — слишком веселы, беззаботны.

Очень типична для больных церебрастенией неравномерная интеллектуальная продуктивность: дети хуже отвечают в конце уроков, чем в начале их, хуже отвечают на последнем уроке, чем на первом. Таким больным необходимы дозированные нагрузки с частыми перерывами и активным отдыхом, им рекомендуется дневной сон. Не следует вечером пить слишком много жидкости, рацион питания должен включать достаточное количество витаминов, фруктов, овощей, соков. Желательно, чтобы в меню преобладали молочно-растительные блюда. Следует избегать переохлаждения и перегревания организма, длительного пребывания в душном помещении, в транспорте, так как возможны обмороки вследствие перегревания (тепловой удар).

Важное значение при лечении церебрастении имеет, кроме применения медикаментов и организации правильного режима дня, лечебная педагогика. Детей с церебрастеническим синдромом следует спрашивать не на последнем уроке, а на первом, не в конце урока, а в начале. Нельзя заставлять их беспрерывно заниматься, нужно устраивать перерывы, так как чем больше занимается ребенок, тем ниже его продуктивность. Необходимо освобождать детей от дополнительных нагрузок (занятий в специализированных классах, спортом, большой общественной работы и пр.). Соблюдение этих мероприятий особенно важно в первые школьные годы, хотя щадящего режима следует придерживаться с первых лет жизни ребенка.

Церебрастения (как и многие другие остаточные явления органического поражения головного мозга) с годами

постепенно уменьшается, а затем исчезает. Это связано с большими компенсаторными возможностями развивающегося человеческого мозга. В случае отсутствия дополнительных мозговых инфекций и травм, обычно наступает полная компенсация, которая зависит от возраста ребенка и от своевременно начатого лечения. Как правило, компенсация заканчивается к девяти-десятилетнему возрасту, хотя отдельные болезненные признаки (например, склонность к укачиванию во время езды в транспорте) могут сохраняться на долгие годы.

ОТЧЕГО БОЛИТ ГОЛОВА

— Если бы вы знали, доктор, как мучается моя дочь от головной боли. Смотреть спокойно нельзя на это,— пожаловалась мать одной из пациенток.

— Вообще к страданиям людей невозможно быть равнодушным, а к страданиям детей — тем более,— ответил я ей с сочувствием.

— Неужели нет какого-нибудь способа избавить людей от головной боли? Ведь это такое мученье. Нет же человека на земле, который бы не испытал головной боли, но, несмотря на это, врачи никак не придумают лекарства от нее.

— Врачи лекарств не создают. Это дело фармакологов, биохимиков и т. д. Врачи лишь апробируют препараты, разрабатывают показания и противопоказания к их использованию. Это во-первых. А во-вторых, не может быть одного-единственного лекарства от головной боли, ибо причин головной боли множество, у каждого голова болит по-своему.

— Это разумеется.

— И дело не в силе головной боли и не в иных ее проявлениях, а в причинах. Причин же очень много, много и признаков, общих для всех вариантов головной боли, поэтому не всегда врач сразу может поставить верный диагноз. Например, головная боль при повышенном внутричерепном давлении (гипертензивный синдром) и при пониженном по происхождению различна, хотя на первый взгляд она как будто одинакова (в обоих случаях болит голова).

— Моей дочери делали рентгеновский снимок головы и нашли какие-то изменения, типичные для повышенного внутричерепного давления.

— Конечно, данные рентгеновского снимка важны при определении причины болезни, но главное — клиническая

картина проявления ее. Диагноз ставят в первую очередь на основании изучения жалоб пациента, а данным лабораторных исследований придают второстепенное значение. Разве врачи, лечившие людей сто лет назад, когда не проводилось рентгеновское исследование, были хуже нынешних? Нет, не хуже. И диагнозы ставили верные, и лечили хорошо. Только тогдашним врачам приходилось труднее без совершенных методов обследования и лечения больных. Лабораторные методы обследования больных во многом облегчают постановку диагноза болезни, но не являются решающими в этом вопросе. Поэтому прежде чем я посмотрю рентгеновский снимок, сообщите мне, какие жалобы у вашей дочери.

— Жалоб много. Родилась дочь с родовой травмой. В грудном возрасте часто плакала, кричала, вследствие этого у нее напрягался большой родничок: было такое ощущение, что вдруг он разорвется, лопнет. Потом девочка затихала, но по утрам у нее возникала рвота. Немного легче ребенку было, если он лежал на высокой подушке. В результате лечения состояние как будто улучшилось. Давали ребенку диакарб и другие препараты, понижающие внутричерепное давление, сухофрукты, различные микстуры, которые назначал детский психиатр. К 4 годам дочь выздоровела, но тут случилась беда: упала с качелей, сильно ушибла голову, подозревали даже сотрясение мозга. После этого все прежние симптомы возобновились, причем в более выраженной форме, чем раньше. Особенно донимала распирающая головная боль, которая чаще возникала в области лба, в висках и усиливалась по утрам или если приходилось нагибаться. Жару, езду в транспорте, качели она совсем не стала переносить. Обратились в поликлинику. Офтальмолог обнаружил изменения на глазном дне. Теперь вот пришли к вам, доктор.

Я поговорил с девочкой и потом сообщил матери свое заключение. К сожалению, у девочки было действительно повышенное внутричерепное давление, которое обычно появляется у больных в связи с разными причинами. В данном случае причин было несколько, в том числе и родовая травма, на которую недавно наслоился ушиб головы.

Больной было назначено соответствующее лечение, проводилось оно более года. Девочка выздоровела.

У другой больной возникла головная боль вследствие пониженного внутричерепного давления. Протекала она немного иначе: уменьшалась, если девочка лежала без движения, особенно на низкой подушке. В основном голов-

ная боль локализовалась в области шеи и затылка, имела сжимающий характер (то есть была иной, чем при повышенном внутричерепном давлении). Рвоты никогда не было

Понятно, что эта головная боль требовала и другого лечения.

Совсем иначе болит голова при мигрени — особом сосудистом заболевании головного мозга. При мигрени чаще болит какая-то одна половина головы. Головная боль носит приступообразный характер. В межприступный период, который может длиться месяцы и годы, больной чувствует себя абсолютно нормально. Начинается мигрень почти всегда в детском или подростковом возрасте, чаще в период полового созревания. Приступ мигрени длится от 2—3 ч до 2—3 дней. Обычно до наступления головной боли уже появляются какие-то предвестники ее: колебания настроения, повышенная или пониженная чувствительность к звуковым раздражителям, сухость во рту, жажда. Потом возникает приступ сильной головной боли, сопровождающийся тошнотой и заканчивающийся рвотой, после чего наступает облегчение. Рвота бывает желчью, очевидно, потому, что во время сильной головной боли человек лишается аппетита и в желудке не скапливаются пищевые массы.

Выделяют много вариантов мигрени, а также мигренеподобных состояний, которыми сопровождаются разные заболевания головного мозга. Лечат больных мигренью комплексно; назначает лечение невропатолог, к которому больные обращаются за помощью.

Бывает головная боль психогенного характера: понервничал ребенок, и голова заболела. Но чаще всего бывает головная боль церебрастенического характера, которую необходимо немедленно снимать: строго соблюдать все врачебные рекомендации (это нужно при всех болезнях, но в этом случае — особенно) и неукоснительно следовать щадящему режиму с дозированными нагрузками, дневным сном и т. д.

Церебрастения может сочетаться с мигренью, повышением или понижением внутричерепного давления и с другими болезнями, нередко так тесно сливаясь с ними, что одно отличить от другого бывает трудно.

Опасность церебрастении заключается в том, что она может предрасполагать к развитию невроза, патологическому формированию характера и другим расстройствам. Пугливые, внушаемые, быстро утомляющиеся дети с церебрастенией легче поддаются воздействию неблагоприятных ситуаций, чем здоровые. Именно поэтому у детей

с остаточными явлениями органического поражения головного мозга часто возникают заикание, тики, реакции страха, протеста, они легче подражают антисоциальному поведению.

Большинство школьников с отклонениями в центральной нервной системе (прежде всего, больные с церебрастенией), нуждаются в обучении в первую смену. Помочь такому ребенку, если он учится во вторую смену, трудно, а порой и невозможно. Ведь ему нужно днем спать, беречь силы, чтобы не уставать к вечеру и т. д.

Как же быть? В каждом конкретном случае советы будут разными, но ясно одно: родители должны ставить в известность органы образования о психическом состоянии своих детей, чтобы те непременно учитывали это при комплектовании классов.

Медики, учителя, родители должны объединить усилия для того, чтобы помочь больным церебрастенией как можно скорее избавиться от недуга.

Причины церебрастении могут одновременно быть и причинами неврозоподобных расстройств (в том числе недержания мочи, заикания и пр.) и др.

Четырнадцатилетний подросток, у которого с раннего детства был церебрастенический синдром, в последние годы жил в невыносимых условиях: отец пьянствовал, скандалил, выгонял мальчика из дому. Подросток большую часть времени вынужден был проводить вне дома, в основном на улице. Мальчик тяжело переживал не только безобразное поведение и пьянство отца, но и то, что сам он был физически слаб, быстро уставал, не мог наравне со здоровыми детьми бегать и играть. В нем развивалось чувство неполноценности. Из-за скандалов дома и отсутствия элементарных условий он не мог регулярно лечиться, не имел возможности выспаться, не мог нормально отдыхать. Он становился все более раздражительным и вспыльчивым. Общаясь с трудными подростками, мальчик стал подражать их поведению, легко возбуждался, дрался. Однажды вместе с другими подростками забрал деньги у пьяного мужчины, при этом избил его за сопротивление (мстил за издевательства отца). Стал грубым, мрачным, пропускал занятия в школе, курил. Ко времени обращения к психиатру у подростка обнаруживались начальные признаки патологического формирования личности по возбудимому типу.

Все это говорит о том, что, несмотря на в общем хороший прогноз церебрастении, при несоблюдении соответ-

ствующего режима и неблагоприятных ситуациях она может способствовать развитию более тяжелой патологии, вплетаясь в картину деформации личности.

КОГДА НАРУШЕНА РЕЧЬ

Кто не встречал людей с теми или иными дефектами речи? Одни заикаются, другие говорят очень быстро — так, что трудно уследить за смыслом слов, третьи крайне молчаливы, у четвертых после волнений отнимается речь, у пятых речь с рождения вообще отсутствует и т. д. Часто разные расстройства речи сочетаются.

Выделяют следующие основные расстройства речи: алалия — врожденное ее отсутствие; афазия — исчезновение сформировавшейся речи под влиянием сотрясения мозга, ушиба головы, заболевания энцефалитом и других органических поражений мозга; афония — утрата звукопроизношения («нет голоса»), но самые частые дефекты речи — это разные формы заикания и мутизма, часто соседствующие друг с другом.

Заикание — это не самостоятельная болезнь, а одно из проявлений разных болезней. В зависимости от того, в рамках какого заболевания встречается заикание, оно может иметь разное происхождение, разное проявление и, естественно, требует разного лечения.

Можно выделить две основные формы заикания: в рамках невротического и органического заболеваний центральной нервной системы.

Невротическое заикание как составная часть невроза может возникать вследствие психических конфликтов, душевных потрясений, сильного психического напряжения. Чаще всего неврозы бывают у физически ослабленных, уставших людей, имеющих некоторые личностные особенности, предрасполагающие к невротическим формам реагирования. И, конечно, особенно часто неврозы встречаются у детей и подростков: в силу незрелости и хрупкости психики, несформированности у них способов психологической защиты от психических стрессов дети и подростки легче поддаются тем воздействиям, которые для более зрелых и взрослых людей проходят бесследно. В одних случаях под влиянием тяжелой психической травмы речь вначале как бы теряется, отключается, а затем она восстанавливается, но уже с заиканием (истерическое заикание).

Под влиянием психической травмы может возникнуть

и страх речи (логофобия), а затем и заикание. Поэтому когда больной неврозом волнуется, вспоминает что-то тягостное для себя, у него обнаруживается речевой невроз, одной из составных частей которого может быть заикание (логофобическое). У таких людей заикание не постоянно: при спокойных обстоятельствах они говорят нормально, в случае волнения возникают запинки, заикание, иногда более или менее продолжительное молчание (мутизм), когда человек вообще ничего не может сказать. Все это обычно сочетается с нарушением сна, аппетита, общим чувством дискомфорта и другими невротическими признаками.

Если психическая травма была кратковременной, то, как правило, невротическая реакция с заиканием быстро проходит. К врачам обращаются в основном тогда, когда подобная реакция зафиксировалась, стала длительной и заикание оказалось стойким.

В случаях невротического заикания больного следует успокоить, отвлечь от тягостных переживаний, не обращать его внимание на речевой дефект (тут многое зависит от родителей). Обычно такие больные полностью излечиваются, а многие из них вообще никогда не обращаются к врачам по поводу заикания.

Неврозоподобное заикание обусловлено органическим повреждением мозговых структур, ответственных за речевую функцию. Оно может быть вызвано и наследственными факторами: встречаются, например, семьи, в которых из поколения в поколение передается заикание, связанное с медленным развитием и становлением функции речи,— к определенному возрасту заикание само по себе проходит.

Неврозоподобное заикание почти всегда переплетается с другими проявлениями речевой патологии (косноязычием, быстрой речью и т. д.) — тогда мы говорим о неврозоподобном логосиндроме (от лат. «лого» — речь). Больные логоневрозом чересчур обостренно переживают свой речевой дефект, а больные с неврозоподобным речевым синдромом обычно не воспринимают свое заболевание так глубоко, не обращают особого внимания на речь. Этим и вызван диаметрально противоположный подход к лечению этих двух форм заикания.

Если пациенту с логоневрозом основную помощь оказывает врач-психиатр, то больному с неврозоподобным логосиндромом — логопед, который учит его правильно говорить.

Незнание признаков разграничения заикания может привести к тяжелым последствиям. Например, лечение

пациента с логоневрозом как больного с неврозоподобным логосиндромом может принести только вред, так как при этом еще больше фиксируется внимание на речевом дефекте и тем самым поддерживается речевой невроз. В то же время если больной с неврозоподобным заиканием пройдет курс лечения с помощью внушения и его будут успокаивать, отвлекать от неприятных мыслей и т. д., то коэффициент полезного действия такой терапии будет ничтожен: нужно не успокаивать этого больного, а наоборот, требовать от него самодисциплины, контролировать свою речь (что в основном зависит от родителей). Психотерапия неврозоподобного заикания предусматривает преимущественно не внушение, а использование особых вариантов тренировочной терапии, направленных на активное саморегулирование функции речи и пр. В подростковом возрасте, когда в психике происходят мощные психологические изменения, картина болезни нередко становится смешанной за счет вторичных невротических наслоений подросток начинает болезненно переживать свой дефект, стесняться его, поэтому отмалчивается в обществе (особенно при общении с незнакомыми людьми), обостренно воспринимает насмешки окружающих. Заикание, которое, казалось, поначалу было неврозоподобным, наполняется невротическим содержанием и уже носит «двухслойный» характер: на первый план выходят невротические расстройства, а под ними скрывается неврозоподобное заикание. Лечить таких людей, конечно, значительно труднее, чем с невротическим либо неврозоподобным заиканием: ведь имеются по существу два расстройства, каждое из которых требует своего подхода, а две болезни всегда труднее преодолеть, чем одну.

Благодаря своевременному лечению заикание, начавшееся со времени становления речи (обычно в 2—3 года), к 9—10 годам ликвидируется: большую роль в этом играют большие компенсаторные возможности созревающего детского организма. Лишь у незначительного числа детей заикание не проходит к подростковому возрасту. Это говорит о тяжелом течении расстройства либо о неправильном лечении в прошлом. Поэтому лечить таких больных значительно труднее. Необходима госпитализация в специальный стационар с последующим переводом на амбулаторное поддерживающее лечение. Терпение и настойчивость в борьбе с дефектом со стороны пациента, родителей и врачей обычно приводят к излечению.

Особым видом заикания является заикание вследствие

подражания. Оно часто бывает у маленьких детей и у лиц, повышенно внушаемых, длительное время общавшихся с заикающимися людьми. Такое заикание, как правило, не требует занятий с логопедом или лечения у психиатра, оно проходит при правильном педагогическом воздействии.

Еще один вид заикания не требует вмешательства специалиста — вызванный повышенной интеллектуальной нагрузкой. Это бывает, например, у детей, которые сверх меры смотрят телевизор, получают массу разнообразной информации и не в состоянии ее усвоить. Заикание возникает у них как бы от перенасыщения информацией, от переутомления. При уменьшении количества информации заикание вскоре проходит.

Однако любой, даже незначительный дефект речи нельзя оставлять без внимания. Нужно следить за речевым развитием ребенка, так как то, что сегодня еще рассматривается как легкое отклонение от нормы, при определенных условиях может стать патологией.

НЕ БУДУ ГОВОРИТЬ

«Уважаемый Михаил Иванович, прочитав Вашу книгу «Беседы о детской психиатрии», мы решили обратиться к Вам за советом.

В 5-м классе нашей школы учится Марина. Вот уже 3 года она не разговаривает ни с кем из учащихся и учителей. Опрос ее по предметам проводим письменно. На все вопросы в лучшем случае отвечает кивком головы. В классе дети относятся к ней доброжелательно. Каких-то видимых конфликтов в школе не было. Но если в 1-м и 2-м классах она разговаривала, хотя и избирательно, то в 3-м классе в контакты уже ни с кем не вступала. По словам матери, дома она разговаривает нормально, играет с детьми, младшими ее на 3—4 года, любит играть в школу, исполняя роль учительницы.

Девочка постепенно утрачивает способность к дальнейшему обучению, так как словарный запас ее, судя по письменным ответам, остался на уровне начальной школы. Там, где требуются логические построения и рассуждения, она вообще не справляется с заданием. Это отставание проявляется по всем предметам.

С самого начала заболевания мы пытались помочь Марине: советовали родителям перевести ее в другой детский коллектив; обращались к детскому невропатологу. При первом обращении врач ответила, что учителя не

хотят работать с девочкой, что девочка абсолютно здорова.

В 5-м классе мы добились того, что родители получили направление в детское отделение психиатрической больницы, где Марина находилась на обследовании в течение месяца. Оттуда было дано заключение, что девочка подлежит обучению в массовой школе.

Но в нашей школе она осталась в прежнем положении· никаких контактов с детьми и учителями.

Что теперь делать? На наших глазах гибнет ребенок Перевести Марину в 6-й класс мы не можем, она не усвоила программу. Оставить на второй год? Какой смысл? Что изменится? Пожалуйста, посоветуйте нам, как быть, куда обратиться, чем помочь ребенку?»

Вот такое письмо прислал директор одной из школ Действительно, что же делать? На этот конкретный вопрос отвечать не стану, ибо девочку не видел, а о проблеме, затронутой в письме, расскажу.

Врожденное отсутствие речи (алалия) встречается весьма редко, чаще всего бывает иное: ребенок растет и развивается нормально, прекрасно говорит, но когда его отдают в детский сад, он вдруг неожиданно замолкает. Дома он говорит, как и прежде, хорошо, но в детском коллективе молчит либо изъясняется едва слышным шепотом. Подобное нарушение речи возможно и после психических потрясений. Прекращение пользования речью называется мутизмом (от лат. «мутус» — немой, безголосый). Это расстройство отмечается преимущественно в дошкольном возрасте. Речь — в эволюционном отношении наиболее молодая функция человека, поэтому она и легче всего разрушается на заре жизни человека под воздействием неблагоприят ных факторов. Но не только это способствует нарушению речи в дошкольном возрасте. Здесь играет роль и органическое повреждение центральной нервной системы, обусловленное патологией беременности, родов, болезнями ребенка в первые годы жизни. Эти факторы ослабляют нервную систему, мешают ей правильно реагировать на внешние воздействия.

Еще одним фактором, способствующим возникновению мутизма, является чрезмерная привязанность ребенка к матери, особенно в семьях с одним ребенком. Единственного ребенка родители, как правило, чрезмерно ограждают от трудностей, содержат в «оранжерейных» условиях, не всегда формируют в нем навыки самостоятельности. Как только такого ребенка отдают в детский коллектив, у него

начинаются различные нарушения, в происхождении которых большую роль играет насильственный, неприятный ребенку отрыв от дома и в первую очередь от матери.

Таким образом, факторов, способствующих появлению мутизма, много. Часть из них стали выявлять лишь в последние десятилетия. Именно этим можно объяснить то, что количество больных мутизмом возрастает.

В 1976 г. нами была предложена классификация мутизма, помогающая более дифференцированно подходить к лечению больных с этим нарушением. Рассмотрим психогенный и психотический мутизм, так как иные варианты мутизма в детском возрасте встречаются редко.

Психогенные формы мутизма вызываются различными по силе и продолжительности действия психическими травмами, на которые разные дети реагируют по-разному. В связи с этим мы выделяем два основных вида психогенного мутизма: невротический и патохарактерологический.

Невротический мутизм тоже неоднороден: он состоит из истерического и логофобического (боязнь речи). Бывают и промежуточные формы. Если произошла резкая и сильная психическая травма, то от потрясения у ребенка может отключиться речь — он хочет что-то сказать, но не может: речь парализована, отключены речевые центры. Это отключение обычно длится недолго (несколько минут, часов или суток), потом все нормализуется (иногда через этап заикания). Одновременно с этим у больного нарушаются сон, аппетит, снижается настроение и возникают иные невротические расстройства. Подобный механизм называется истерическим. В рамках истерического невроза мутизм встречается весьма часто, в таких случаях ребенок молчит некоторое время при всех обстоятельствах: и дома, и в детском саду, и на улице. Это тотальный мутизм. Если ребенка успокоить, отвлечь его внимание от неприятных переживаний, переключить интересы на что-то иное, то истерический мутизм пройдет без лечения. Однако не следует ожидать обязательного самоизлечения — нужно непременно показать ребенка детскому психиатру.

То же следует сделать, если у ребенка имеет место второй вариант невротического мутизма — логофобический. Логофобия возникает, как правило, в результате хронических психических травм (например, ежедневных замечаний родителей и педагогов). Начинается этот вид мутизма исподволь, постепенно, тянется годами, постепенно нарастает страх речи. Он обнаруживается лишь в общении. Поэтому, если ребенку не нужно ни с кем общаться (осо-

бенно с незнакомыми), он говорит как ни в чем не бывало. Но стоит ему прийти в детский коллектив или оказаться с незнакомыми людьми, как у него нарастает страх речи, на высоте которого появляется мутизм. Последний всегда неодинаково выражен, по-разному обнаруживается, он всегда избирателен (в отличие от истерического — всего тотального). Очень часто логофобический мутизм, мало выраженный или почти незаметный в детском саду, резко усиливается, когда ребенок идет в школу: там нагрузка больше, обидчивость и ожидание неприятностей возрастают — отсюда увеличение и страха речи, следствием которого является логофобический мутизм.

КАЖДЫЙ МОЛЧИТ ПО-СВОЕМУ

Механизмы патохарактерологического мутизма иные. Тут речь идет о затянувшейся реакции пассивного протеста, нередко сочетающейся с отдельными невротичес кими расстройствами.

Ребенка, сильно привязанного к матери и к дому, перенесшего в прошлом какое-то органическое поражение головного мозга, с трудом привыкающего ко всему новому, склонного к страхам и панике, помимо его воли отдали в детский сад. Там ребенка встретили сурово, сразу же стали делать замечания, да еще в грубой форме. Ребенок замкнулся в себе, стал малоразговорчивым, играл сам с собою, настроение у него понизилось. Он попросил мать забрать его из сада, та отказалась. Тогда ребенок замолк, перестал говорить в детском саду, дома же он говорил, как и прежде. У него наступила длительная реакция пассивного протеста (в более старшем возрасте пассивный протест уступает место активному — школьники убегают из дому, дерутся с обидчиками, поджигают их портфели, режут их одежду, воруют и пр.). Эта реакция может тянуться годами. Тут мутизм всегда избирателен: дети молчат лишь в тех местах и в присутствии тех людей, против которых они протестуют.

Что делать в таких случаях? Забрать ребенка из детского сада, перевести в другой детский сад или отправить на время в другой город, к бабушке и т. д. Все это называется психотерапией средой: изъяли ребенка из неприятной ему обстановки — болезнь прошла без лечения И, конечно, при этом важно, чтобы родители и работники дошкольных учреждений вели себя деликатно, нежно, ласково, не унижали ребенка: он-то взрослым ничего не может

ответить, он может лишь замолчать в знак протеста. Если не соблюсти этих рекомендаций, то из ребенка, когда он подрастет, может получиться такой «мститель» за свои — в детстве поруганные — права, что многим взрослым не сдобровать. А потом они, взрослые, будут удивляться, отчего это школьник, подросток, так вызывающе ведет себя, дерзит и даже избивает взрослых (в том числе родителей).

В 1977 г. английское телевидение поставило шестисерийный фильм о жизни Шекспира. Летом следующего года его показали по московскому телевидению, и несколько знакомых обратились ко мне с вопросом, что же за болезнь была у сына великого драматурга — Хемнета. Прежде всего, следует сказать, что, наверное, не было и нет на свете исторического лица, о котором ходило бы столько легенд, как о Шекспире. Всякая версия о нем достаточно обоснована, а версий много: от той, общеизвестной, которой придерживается большинство историков, до той, что реально существовавший когда-то актер Шекспир, полуграмотный и невежественный человек, умерший в 52-летнем возрасте, не был и не мог быть автором колоссального числа первоклассных произведений, требовавших громадной эрудиции, трудоспособности, моцартианской легкости и просто очень большого времени. Известно, что у Шекспира был сын, который умер в раннем возрасте. И все. Но авторы упомянутого фильма не были бы художниками, если бы не включили в показ реальных событий выдуманные сюжеты (они и составляют не менее 90 % содержания всего фильма), в том числе и историю Хемнета. А придуманные сюжеты в исторических фильмах отражают всегда то, что занимает авторов этих выдумок, то есть наших современников.

Образом сына Шекспира авторы фильма показали одну из проблем нашего времени, а именно: переживания ребенка по поводу оставившего его отца.

Шекспир жил в Лондоне и редко посещал дом в Стратфорде, где находилась его семья. В Лондоне он вел безалаберный образ жизни, пьянствовал, распутничал, о чем его семья была вдоволь наслышана. И Хемнет якобы дал себе слово (в телевизионной интерпретации: еще раз повторяю, что об этом мальчике неизвестно ничего, кроме факта его существования и ранней смерти), что пока отец не вернется домой, он, Хемнет, будет молчать. И действительно молчал. Будто в рот воды набрал. Как рыба. За многие годы он не вымолвил ни одного словечка. Помимо

этого был нервный, раздражительный, очень впечатлительный, робкий.

Так выглядят и многие современные дети, страдающие патохарактерологическим мутизмом.

Если мутизм затянулся, если он «обрастает» другими нарушениями, нужно обязательно показать ребенка детскому психиатру — тот даст исчерпывающие лечебные советы, и расстройство будет ликвидировано. Тем более это необходимо, если у ребенка психотический мутизм, то есть вызванный бредом, галлюцинациями и другими признаками душевного заболевания. Правда, у таких детей и без того обычно много странностей и чудачеств, их поведение так разлажено, что сами родители немедля ведут детей к специалисту.

Обратимся вновь к самой частой форме мутизма у школьников — патохарактерологическому мутизму, поскольку излечение этой формы болезни почти всегда зависит от вас, читатели.

Родители двенадцатилетнего мальчика пьянствовали и часто скандалили. Особенно плохо относился к мальчику его отец, многократно судимый за антиобщественное поведение. Он избивал сына, выгонял его из дому, в присутствии ребенка бил жену. Постепенно у ребенка начали раз виваться реакции протеста, психологически понятные и осознанные, но несколько необычные. Например, в присутствии отца мальчик молчал, даже если отец был трезвый и не дрался. Сын ненавидел отца и в знак протеста против его поведения не хотел с ним говорить. С матерью и со сверстниками он разговаривал нормально. Эта реакция протеста отмечалась в течение 5—6 мес и исчезла после того, как мать по совету врача отправила мальчика в деревню подальше от почти всегда пьяного отца. Впрочем, и в деревне в присутствии пьяных мальчик умолкал и становился, как немой,— «слова от него не добьешься»

Другой мальчик подолгу мог молчать в присутствии учительницы, которая его несправедливо наказала; понадобились объединенные усилия педагогов и врачей, чтобы вначале притупить, а затем и ликвидировать эту зафиксировавшуюся реакцию.

Реакции протеста требуют не столько лечения у медиков, сколько положительного воздействия на ребенка семьи и педагогов. Патохарактерологические реакции протеста являются следствием неприятия личностью обид, подавления достоинства. Иногда эти реакции закрепляются, превращаются в постоянную форму реагирования: на

любое неприятное известие или требование ребенок замыкается, становится молчаливым, хмурым. В таких случаях речь идет о патохарактерологическом формировании личности с чертами отгороженности, замкнутости, повышенной чувствительности и ранимости.

Встречаются дети, с ранних лет повышенно молчаливые и замкнутые. Они так объясняют свою «малоразговорчивость»: «Отец такой, все в роду такие, я с детства такой же» У этих детей и подростков иногда возникает мутизм: под влиянием неблагоприятных социальных воздействий их молчаливость усиливается настолько, что в течение нескольких дней от них не услышишь ни слова. У них бывают также невротические, и патохарактерологические формы мутизма

Во всех случаях психогенного мутизма у детей и подростков самолечение противопоказано. Необходимо сразу же обратиться к психиатру. Только специалист может правильно расценить суть расстройства и назначить правильное лечение.

Внутреннее беспокойство, чувство напряженности, ощущение своей заброшенности — все это имеет место у подобных больных. Они особенно нуждаются в бережном, доброжелательном отношении. Этих детей и подростков нельзя «фиксировать» на волнениях, на их речевом дефекте, необходимо отвлекать от тягостных переживаний, внушать им уверенность в своих силах и возможности речевого общения. Чувство своей неполноценности сопровождает многих таких пациентов, оно усиливается насмешками окружающих, чрезмерной требовательностью педагогов и родителей. Известны случаи, когда детей с мутизмом сурово наказывали, оскорбляли, в первые минуты урока вызывали к доске и не отпускали до конца урока («пока не заговорят»),— все это приносит только вред. Зная все это, родители и педагоги должны быть союзниками врача — только такой союз может избавить больного от мутизма.

Большую пользу приносит также соблюдение рационального режима дня. Надеясь на всесилие медикаментов или психотерапии, родители иногда забывают, что строгое выполнение некоторых простых режимных рекомендаций может принести пациенту несравненно большую пользу, чем все премудрые лекарства, вместе взятые. Эти требования очень простые (быть может, поэтому ими пренебрегают некоторые родители): больше спать, меньше возбуждаться, питаться преимущественно молочно-растительной пищей, больше двигаться, заниматься плаванием, по утрам делать зарядку и холодное обтирание.

У многих больных с невротическими формами мутизма нарушается сон: наступает медленно, поверхностный, не приносит утром бодрости. Необходимо сон нормализовать: помимо соответствующих препаратов помогают вечерние прогулки, исключение из питания возбуждающих, острых, мочегонных продуктов. Нельзя перегружать ребенка перед сном обилием информации. Все эти приемы одновременно являются мерой профилактики невротических и других пограничных отклонений и способствуют уменьшению этих расстройств, если они уже появились

ТИКИ

Одним из самых распространенных нарушений в детском возрасте являются тики — непроизвольные подергивания мышц лица. Такие пациенты моргают, хмыкают, у них дергаются мышцы щек, лба, подбородка. Нередко тики сочетаются с заиканием.

Недавно меня попросили проконсультировать одного мальчика: он постоянно «умывает» лицо, протирает глаза, очень сильно заикается. Однако главное не это: его речь очень быстрая, совершенно непонятная, сопровождается множеством судорожных подергиваний мышц лица. Поражало и то, что ребенок вел себя, будто ничего с ним не происходит, он не считал себя больным, не замечал дефектов своей речи, а если его внимание обращали на это, он как ни в чем не бывало говорил: «Все у меня нормально, не приписывайте мне то, чего нет» Он даже не говорил, а писал это, так как его речь была столь невнятна и непонятна, что ни один человек не мог даже догадаться, что же хотел сказать мальчик.

Находясь в больнице, он продолжал заниматься по программе обычной школы, учился хорошо, но для того, чтобы педагог мог понять, что он намерен сказать или спросить, писал на доске или в тетрадке свои вопросы и ответы. Так и общались.

Он пролежал 4 мес в больнице, но улучшение не наступало, да и сам больной не становился «понятнее» своим врачам. Ему ставили самые разнообразные диагнозы, в которых не были убеждены, а значит, и не были уверены в правильности назначаемого лечения: все лекарства так «действовали» на больного, словно он их и не принимал

Когда меня попросили проконсультировать этого больного, то предупредили, что к мужчинам он относится настороженно, боится их, что с ним трудно будет установить контакт

Это был тихий, болезненного вида двенадцатилетний мальчик, ничем внешне не выделявшийся. Речь его была действительно тороплива и совершенно непонятна. Кроме этого, он каждые 2—3 мин делал какие-то странные движения руками: будто умывался, стряхивал что-то с кончиков пальцев, сплевывал, протирал глаза, морщился, периодически его лицо становилось страдальческим, глаза зажмуривались, он морщил лоб и крутил головой в разные стороны. О том, что у мальчика есть такие расстройства, меня предупредили. Говорили и о том, что он как-то необычно к ним относится: не воспринимает как чуждые ему, как лишние, от которых нужно избавиться (обычно невротики переживают по поводу таких явлений, а у этого больного ничего похожего не было), и, главное, всячески отрицает их. «Так ведут себя лишь глубокие идиоты или симулянты: отрицают самые очевидные факты, будто ничего не случилось»,— говорил мне лечащий врач.

Как и следовало ожидать, наша беседа ни к чему не привела: больной ни на один вопрос не мог внятно что-то ответить, а когда я попросил его писать мне ответы, он отрицал все свои расстройства: дескать, нет у меня ничего, зачем вы ко мне привязались?

— Но почему же тебя положили в больницу, да еще в психиатрическую? — спросил я его.

— Не знаю. Наверное, чтобы лучше учился и меньше ссорился с мамой,— ответил он письменно.

— Но ведь ты находишься в самом беспокойном, самом тяжелом отделении, вокруг тебя много больных со слабоумием, припадками, бредом. Неужели это тебя не раздражает, неужели не хочется выписаться?

— Домой хочу, но этот вопрос решат врачи и без моего желания.

«Что же у него такое? — думал я после этой беседы с больным.— Он болен, это ясно, но в основе болезни лежит какое-то странное стремление скрыть свое заболевание, пусть вопреки логике, вопреки здравому смыслу, но скрыть».

Почему больной хочет что-то скрыть? Ведь всегда скрывают только что-то предосудительное, что-то аморальное или унизительное. Был у меня больной, с которым случилась следующая история. Его мать разошлась с отцом, жили вдвоем, через несколько лет мать привела в дом мужчину и сказала, что это ее новый муж. Вскоре между новобрачными начались скандалы, драки, частые ссоры и такие же бурные примирения. Обращало на себя внима-

ние то, что как бы отчим ни ссорился с женой, к ее сыну он относился с величайшей любовью, предупредительностью, лаской. По этому поводу мать ребенка даже иронизировала: «Ты на ком женился — на мне или на моем сыне?»

Однажды мать уехала к больной родственнице, и в тот же вечер отчим стал предъявлять мальчику сексуальные претензии. Оказалось, что он был гомосексуалистом. Мальчик испугался, выбежал из дома, полночи блуждал по городу, пока наконец-то не добрался до родственницы, к которой ушла мать. Там он все рассказал. Отчим был изгнан из дома, а у мальчика еще долгое время появлялись ночные страхи: снился отчим, его голос, во сне отчим гнался за ребенком, тот убегал, падал, отовсюду на него смотрели глаза отчима и т. д. Вот в связи с этим мать тогда и привела ко мне сына. Мальчик тоже ничего не хотел рассказывать, тоже вел себя так, будто ничего не случилось. На языке психиатров такое поведение именуется невротическим вытеснением.

Вспомнив эту историю, я подумал, что и в данном случае имеет место нечто похожее.

И я принялся собирать максимально объективные и разнообразные сведения о больном. Много раз говорил с матерью: она ничего определенного сказать не могла. Поговорил и с родственниками мальчика: те кое-что знали. Потом я ввел больного в гипнотическое состояние и стал внушать ему, что его память обострилась, что он не будет меня бояться, что мне все расскажет. И больной рассказал. Мать больного — женщина интеллигентная. По характеру всегда была мнительной, впечатлительной и нерешительной. С сыном у нее отношения были хорошие, вместе проводили время, мать за него очень тревожилась, а он был к ней слишком привязан.

Мать летом отдала сына в пионерский лагерь. Она собиралась выйти замуж и не хотела, чтобы сын «маячил перед носом» нового мужа и раздражал его. Мальчик был тих, послушен, робок, пуглив. С детства у него были какие-то дефекты речи и тики, по поводу них он лежал в психиатрической больнице, потом эти дефекты исчезли. Сына своего эта женщина очень любила, даже не столько любила, сколько жалела, беспокоилась, как он жить дальше будет. Уж очень нерешительный и впечатлительный.

В пионерском лагере мальчику пришлось туго. В первую же ночь ему устроили «темную» и пригрозили: «У нас закон джунглей, право на стороне сильного, подчинись

нам или убьем. И тем более не вздумай никому ничего рассказывать о нас».

Плакал, но подчинился: отдавал старшим свои компоты, чистил им сандалии, отдавал им все лучшее из того, что привозила мать. Но чем послушнее был мальчик, тем больше возрастали требования его мучителей: сделай то, сделай это, не то убьем или кастрируем. Однажды ночью они разжали мальчику рот и стали по очереди вставлять свои половые органы, приговаривая: «Сожмешь рот — убьем». Одному из них — подростку с извращенными влечениями и садистическими наклонностями — этого показалось мало, он приказал: «Ну-ка, соси мой член». Мальчик подчинился. Но когда в горло потекла сперма, его стало тошнить, вырвало, часть спермы вылилась на нос и в глаза. Выйти же в туалет, чтобы помыться, ему запретили: он должен был делать вид, что ничего не случилось. Так и пролежал до утра, не сомкнув глаз и давясь от слез. Утром ему, как всегда, заявили: «Только пикни — убьем». И он молчал.

Никаких психических расстройств у мальчика не было, только плохо засыпал, вечером боялся, как бы хулиганы вновь не заставили его удовлетворять их требования.

Закончился срок пребывания в лагере, мальчик уехал домой. Немного успокоился, но однажды стал свидетелем интимных отношений родителей и сорвался, будто прорвало плотину его эмоций: резко нарушился сон, аппетит, появились тики и заикание. Стыдился рассказать о причине своей болезни. Психическая травма, случившаяся с ним летом, дала себя знать осенью. Все, что было вытеснено из сознания в подсознание, все, что душа тщательно скрывала, все это вылилось в тяжелое реактивное состояние, в механизмах которого большую роль играли описанные Зигмундом Фрейдом (1856—1939 гг.) механизмы вытеснения.

Путей образования неврозов много. Сколько путей, столько и видов неврозов, столько и способов лечения.

История, которую я сейчас рассказал, нетипичная, редкая, мы встречали лишь несколько похожих случаев, все они в общем одинаковы: психическая травма, унижающая человеческое достоинство будущего мужчины, падает на особую личностную почву (это обычно дети с чертами повышенной тормозимости), и возникает психогенное психическое заболевание, именуемое неврозом, который может длиться много лет.

Я рассказал вам, взрослые, эту чудовищную историю, чтобы вы были внимательны к своим детям, строже следили за ними: ведь это ваши дети становятся невротиками,

ведь это ваши дети делают других больными людьми, ведь это ваши и не ваши дети превращают вас самих в невротиков. Ведь с вас берут дети пример и против вас протестуют — иногда в уродливой форме.

Может ли оставаться спокойным врач, когда видит людские несчастья? Простить человеческую злобу и жестокость? Олигофрен, родившийся от пьяного зачатия,— жертва своих родителей, но он не отдает себе отчета в этом. А пограничные больные? Ведь они все знают, все понимают, во всем отдают себе отчет, ведь им жить да жить — и все с травмированной в детстве душой.

Невротические тики — составная часть невроза. Испугавшись чего-то, ребенок теряет сон, становится раздражительным, плаксивым, нетерпеливым, капризным. Очень часто все это сопровождается непроизвольными подергиваниями мышц лица. Переволновавшись, расстроившись, вспомнив о психической травме, ребенок начинает нервничать, переживать, у него усиливаются все невротические симптомы, в том числе и тики. Такому больному нельзя напоминать о психической травме и о вызванных ею последствиях, нельзя обращать внимание пациента на его тики: чем меньше он о них думает и чем меньше знает о них, тем меньше они проявляются. Подобных пациентов лечат психотерапией успокаивающего характера, назначают им препараты седативного действия (транквилизаторы). Все это в сочетании с отвлечением, удлиненным сном, спокойной обстановкой дома и в школе приводит к быстрому исчезновению невротических тиков. Иногда бывает, что признаки невроза уже ликвидированы, а тики на какое-то время еще сохраняются. В этих случаях рекомендуется продолжить лечение до полного изчезновения тиков. В частности, используется аутогенная тренировка и ее компонент «лицо релаксанта»: больной принимает удобную позу, опускает нижнюю челюсть, словно пытается произнести звук «ы», закрывает глаза, расслабляет мышцы лица и мысленно говорит себе, что он совершенно спокоен. В такой позе следует побыть 2—3 мин 5—6 раз в день. Всем таким больным рекомендуются занятия плаваньем, им необходимо больше находиться на свежем воздухе.

БОЛЕЗНЬ МАДЕМУАЗЕЛЬ ДЕ ДАМПЬЕР

Иначе проявляются неврозоподобные тики. Они монотонны, стереотипны, однообразны, возникают в любое время и, как правило, меньше зависят от душевных пере-

живаний пациента, а усиливаются вследствие переутомления, усталости, физического напряжения (допустим, ребенок набегался, подрался) и соматических заболеваний. Дети с неврозоподобными тиками не переживают это расстройство; если и хотят вылечиться, то в основном на словах. Поэтому чем больше обращают внимание ребенка на этот дефект, чем больше заставляют его контролировать свои движения, тем лучше· если ребенок старается контролировать движения мышц лица, значительно меньше обнаруживаются тики, а иногда и совсем исчезают.

На консультацию привели девятилетнего мальчика. Отец его когда-то, до рождения ребенка, болел сифилисом. У матери в период беременности периодически резко повышалось артериальное давление.

Родился ребенок в асфиксии, принесли его матери кормить только на третий день. Во время беременности, во время родов и после рождения ребенка мать постоянно тревожилась, что будет с ним, не отразится ли на его здоровье когда-то перенесенный отцом сифилис, по поводу которого отец активно лечился. Тревожность матери, видно передалась и ее ребенку, тот всегда отличался мнительностью, склонностью к сомнениям, был пуглив К матери был очень привязан. Не отпускал ее ни на шаг, без нее не ложился спать, не садился есть. Физически и интеллектуально развивался хорошо.

С трех-четырехлетнего возраста у ребенка начались тики: он не переживал из-за этого, не обращал на них внимания; усиливались они при переутомлении. Мальчик был очень невынослив: стоило ему проехать 10—15 мин в машине, как начинала кружиться голова, тошнило, иногда возникала рвота. Плохо переносил жару, духоту, громкие звуки. Вам, читатели, уже понятно, что у мальчика был церебрастенический синдром и неврозоподобный синдром в виде тиков — причинами этих нарушений были какие-то органические поражения центральной нервной системы в период родов, а возможно, и раньше.

Шли годы Отношения между родителями все больше ухудшались и, когда мальчику исполнилось 6 лет, пришли к такому пределу, за которым оставалось лишь одно — развод. Но прежде чем развестись, родители много лет ругались, часто дрались, выясняя свои сложные отношения И все это в присутствии мальчика После развода отец стал приходить по определенным дням навещать сына. Понятно, что в каждый свой приход он баловал ребенка, старался привлечь его на свою сторону, а заодно

втолковывал мальчику, какая мать «плохая». Мать, в свою очередь, все делала наоборот. Иными словами, воспитание было противоречивым. Ребенок стал «разменной картой» в борьбе самолюбий отца и матери. И мальчик постепенно изменился.

Первое, что нарушилось, это сон: по ночам вскрикивал, вскакивал, куда-то стремился, бормотал имена то отца, то матери Стал бояться темноты, оставаться один в помещении, ездить в лифте («вдруг тросы не выдержат»), прислушивался к своему здоровью. Тики не покидали его, церебрастения с годами немного уменьшилась.

В 8,5 года у него началось дневное недержание мочи Ночью все было нормально. Обычно дневное недержание мочи усиливалось после встреч с отцом. Мальчик мочился в белье так, будто хотел сделать назло матери, чтобы она забрала его из школы. В присутствии отца дневного недержания мочи не было. Да и страхов почти не было.

Картина болезни усложнилась, а началось все с тиков и церебрастении, которые, как правило, при благоприятных условиях проходят.

Какие советы можно было дать родителям? Прежде всего, не настраивать ребенка друг против друга. Не показывать ему свой антагонизм и взаимную ненависть. Относиться к ребенку ровно. Приучать его преодолевать страхи. Лечить. Лекарства я назначил, советы дал, будут ли их исполнять родители — не убежден.

От неврозоподобных тиков резидуально-органического генеза следует отличать проявления ревматической хореи При этом заболевании двигательные расстройства грубее, они затрагивают не только мышцы лица, но в первую очередь мышцы плечевого пояса и верхних конечностей, сопровождаясь и другими признаками ревматического поражения центральной нервной системы.

В некоторых случаях неврозоподобные тики возникают после воспаления головного мозга (энцефалита), они сочетаются с нарушениями поведения и другими симптомами органического поражения нервной системы Лечение при этом должно быть направлено не только против тиков, но и против всего комплекса остаточных явлений энцефалита

К тикам примыкает и такое расстройство, которое как бы объединяет собой двигательные и речевые нарушения

В 1825 г к выдающемуся французскому психиатру, одному из родоначальников детской психиатрии, Жану Итару (1775 1838 гг) обратилась двадцатилетняя де-

вушка, маркиза де Дампьер. С раннего детства она страдала какой-то странной болезнью: периодически по ее телу будто пробегал электрический ток, все тело вздрагивало, особенно сильными были непроизвольные подергивания мышц лица. Но больше всего мучило пациентку и ее родных совсем другое: из уст воспитанной и образованной девушки временами вырывались нецензурные выражения Выкрикивала больная их помимо воли и в самый неподходящий момент. Оставшись наедине, мадемуазель де Дампьер чаще всего вела себя вполне благопристойно.

Эта пациентка прожила 80 лет, ее наблюдали несколько поколений врачей. С годами состояние больной существенно не менялось. В 1884—1885 гг. французский невропатолог Жорж Жиль де ля Туретт (1857—1904 гг) описал 9 подобных больных, он назвал их заболевание болезнью генерализованных тиков. После смерти автора, описавшего это расстройство, его все чаще стали называть болезнью Жиля де ля Туретта.

В прошлом эта болезнь диагностировалась редко С 60-х годов ее все чаще стали обнаруживать в большинстве индустриально развитых стран. Например, пражский психиатр Зденка Валкова описала 30 таких больных; в 1978 г. в Минске была опубликована монография невропатолога Г. Г. Шанько, проанализировавшего состояние подобных 45 больных; в том же году в Нью-Йорке издана книга Артура Шапиро и соавторов, в которой рассматриваются результаты уже 145 наблюдений. В США существует специальное объединение пациентов с болезнью Жиля де ля Туретта, оно включает более 300 больных из США, Канады, Бельгии, Малайзии и некоторых других государств.

Пациентам с этим расстройством свойственны два типа нарушений. Во-первых, у них имеются генерализованные тики, порой очень выраженные. Из-за тиков больные иногда не могут писать, пользоваться столовыми приборами и т. д. Во-вторых, всем им свойственна вокализация, то есть насильственное выкрикивание отдельных звуков и слов. Некоторые пациенты помимо своей воли хрюкают лают, визжат Примерно треть больных выкрикивают нецензурные слова — этот симптом называется копролалией. Болезнь начинается обычно в возрасте 3—7 лет.

Порой болезнь Жиля де ля Туретта сочетается с заикание — вначале появляется заикание, а потом уже вокализация, в некоторых случаях заикание присоединяется к вокализации.

Отношение больных к своему заболеванию различно. Многие дети длительное время равнодушны к нему. Лишь в подростковом возрасте появляется переживание своего расстройства и сильное желание от него избавиться В некоторых случаях у больных возникает патологическое формирование характера.

Социальная адаптация пациентов с болезнью Жиля де ля Туретта различна. Если вокализация незначительна и проявляется только в домашних условиях, дети могут посещать школу. В тех же случаях, когда вокализация очень заметна да еще выражается в копролалии, больные переводятся на индивидуальное обучение. У больных с резидуально-органической патологией головного мозга вокализация и тики усиливаются во второй половине дня, когда больные устали. Им необходимо отдыхать после полудня, а в школу ходить в первую половину дня, когда тики и вокализация еще не проявляются.

И в происхождении болезни Жиля де ля Туретта, и в ее клинических проявлениях, и в динамике, и главным образом в вопросах лечения много белых пятен. По существу, исследование этого расстройства только начинается.

Первые признаки болезни Жиля де ля Туретта обнаруживаются, как правило, в дошкольном возрасте. Однако очень часто это заболевание диагностируется значительно позже. это во многом связано с малой осведомленностью родителей в отношении этого редкого нарушения и несвоевременным обращением к врачу.

Следует сказать, что хотя врачи постоянно призывают родителей быть бдительными в отношении здоровья детей, во всем нужно соблюдать меру. Если родители будут очень тревожными, мнительными, болезненно беспокойными, если будут вследствие этого искать у своих детей различные отклонения, то они непременно найдут не только те болезни, о которых рассказывается в нашей книге, но и почти все нарушения, которые описываются в самых подробных медицинских энциклопедиях. Будьте бдительны, читатели, но не будьте мнительными!

ПАРАДОКСЫ СНА

Трудно встретить психические расстройства у детей и подростков, при которых бы не нарушался сон. Например, при неврозах, как уже отмечалось, бывают бессонница плохое засыпание, чрезвычайно поверхностный сон с мно-

гочисленными сновидениями, в результате которого человек просыпается от малейшего шума, а по утрам не чувствует себя отдохнувшим. Ухудшение сна может быть одним из первых предвестников болезни. Не случайно врачи древности придавали такое большое значение нормальному сну.

Что такое сон? Почему мы спим? Отчего природа так распорядилась, что треть своей жизни (дети еще больше) мы тратим на сон?

В отношении нарушений сна существует множество неверных суждений: снятся ребенку сны — его немедля ведут к психиатру, не снятся — тоже, приснился цветной сон — бьют тревогу, снятся лишь черно-белые сны — опять плохо. Поэтому в общих чертах расскажем, как современная наука представляет сущность сна и сновидений. Должен заметить, что если бы кто-то рассказал то, о чем читатель сейчас узнает, 40 лет тому назад, его сочли бы сумасшедшим. Но время идет, наука развивается, и новое вытесняет старое.

Научное изучение сна началось в 50-годы, хотя предпосылки к этому были заложены ранее, когда нейрофизиологи получили в свои руки мощное оружие — электроэнцефалографию. Немецкий ученый Ганс Бергер (1872—1941 гг.) впервые в мире построил аппарат, с помощью которого можно записывать биотоки мозга. Обнаружилось, что электроэнцефалограммы с большей или меньшей точностью способны регистрировать некоторые изменения физиологического состояния мозга. Электроэнцефалография дала возможность более углубленно подойти и к изучению проблемы сна. Бергер открыл электроэнцефалографию в 1924 г., но в течение многих лет продолжал работать над своим открытием и крайне осторожно оценивал возможности этого метода, поэтому процесс сна стали исследовать только в начале 50-х годов. Чрезвычайно скромный человек, Бергер совершенно не рекламировал свое открытие, поэтому понимание его значения пришло не сразу.

Бергер был кабинетным ученым, очень дотошным, осторожным и в высшей степени добросовестным. С середины 30-х годов ученые Англии, США и многих других стран стремились установить контакт с Бергером и получить от него нужную информацию по использованию электроэнцефалографии в клинической практике. Нацисты крайне неприязненно относились к Бергеру, который всем своим поведением и мышлением не вписывался в фашистскую систему со свойственными ей невежеством, самодовольством, нетерпимостью к инакомыслию. Они стремились

всячески изолировать Бергера от зарубежных коллег, замалчивали его изобретение. Когда научные труды Бергера были выдвинуты на Нобелевскую премию, гитлеровцы запретили ему получать эту премию. В 1947 г. вопрос об этом вновь был поднят, но к этому времени создателя метода электроэнцефалографии уже не было в живых.

Новая эпоха в изучении сна началась с очень простого и внешне незначительного факта. При Чикагском университете существовала лаборатория по изучению сна, руководил ею физиолог профессор Натаниэль Клейтман. Его сотрудник доктор Юджин Азеринский однажды — это было в 1953 г.— обратил внимание на то, что у спящих детей периодически двигаются глазные яблоки. Азеринский стал более пристально наблюдать за этим феноменом. Когда испытуемых будили в тот момент, когда их глазные яблоки начинали вращаться, все они утверждали, что только что видели сновидения. Клейтман и Азеринский пришли к выводу, что сновидения возникают, очевидно, в то время, когда у больного вращаются глаза. Эту фазу назвали REM-фазой (от англ. *rapid eye movements* — быстрые движения глаз). Электроэнцефалограмма зафиксировала особые изменения деятельности мозга во время — REM-фазы. Клейтман и профессор психиатрии Стенфордского университета Уильям Демент изучили эти явления и с клинических позиций. Оказалось, что REM-фаза (в дальнейшем ее стали называть фазой парадоксального сна; парадоксального — потому, что человек спит и, казалось бы, должен быть обездвижен и как бы приостановить свою жизнедеятельность, а на самом деле этой приостановки нет, более того, в определенные периоды возникают очаги возбуждения — мы называем эту фазу поверхностным сном) может повториться примерно каждые 80—90 мин, а продолжительность ее различна: от нескольких минут до 1—2 ч. В среднем при восьмичасовом ночном сне здоровый человек проводит 1,5—2 ч в состоянии поверхностного сна, а вообще в жизни — в среднем около 5—6 лет.

В последние годы внимание множества ученых приковано к изучению фазы поверхностного сна, который многими рассматривается как «третье состояние» человека, нечто промежуточное между сном и бодрствованием. Изучение этого «третьего состояния» может пролить свет на природу психических расстройств. Не то ли это явление, о котором писал Евгений Баратынский?

Есть бытие, но именем каким
Его назвать? Ни сон оно, ни бденье —

Меж них оно, и в человеке им
С безумием граничит разуменье.

Что случается с человеком (особенно с ребенком), если его вообще лишить сна или лишить поверхностного сна? Ответ недвусмыслен: он психически заболевает, у него появляются страхи (на этом основано длительное лишение сна в условиях пыток и допросов для получения реальной или вымышленной информации), галлюцинации, неправильное восприятие реальности, времени, своей личности, резко ослабевает воля и способность сопротивляться внешнему психическому воздействию.

Представление ученых о фазе поверхностного сна примерно следующее: в течение дня через человеческий мозг проходит колоссальное количество самой разнообразной информации, люди (особенно дети) испытывают массу эмоциональных и интеллектуальных воздействий, которые психика не может адекватно усвоить, либо не может вовремя отреагировать вследствие особенностей воспитания человека, отсутствия подходящей ситуации и пр. Вся эта информация отреагируется во время сновидений, т. е. в период фазы поверхностного сна. Сновидения — это как бы клапан, который выпускает излишки информационного пара. Демент провел такой опыт: восемь добровольцев согласились, чтобы им не давали возможности видеть сны. Как только у них начинались движения глазных яблок, что говорило о наступлении фазы поверхностного сна, а значит сновидений, подопытных будили. Так продолжалось пять дней.

Что было отмечено? Фазы поверхностного сна начинались быстрее, чем раньше, мозг как бы стремился компенсировать невозможность сновидений. В начале опытов эти фазы отмечались около 20 раз, а к пятому дню — до 30 раз. Начиная с 5—6-го дня у всех испытуемых появились галлюцинации, бред, страхи — они стали психически больными. После того, как им дали возможность выспаться, все эти нарушения исчезли.

Была проведена уникальная операция: у кошек вырезали те участки мозга, которые участвовали в возникновении поверхностного сна, то есть животных лишили возможности видеть сны. Спустя некоторое время поведение животных резко изменилось: они стали агрессивными, возбудимыми, гиперсексуальными, странными, «бешеными», некоторые вскоре погибли.

Все эти закономерности касаются и детей, и взрослых. Если ребенок не выспался, он становится злым и раздра-

женным. В таких случаях говорят: «Иди поспи», «Ночью ему приснился дурной сон» и пр. Ребенок должен спать столько, сколько ему необходимо для полного восстановления бодрости и интереса к жизни. Всем детям необходимо спать днем, чтобы не переутомляться. При церебрастении, многих других заболеваниях послеобеденный сон обязателен. Это же касается детей, страдающих ночными кошмарами, сноговорением, снохождением (сомнамбулизмом, раньше это явление именовалось лунатизмом) и т. д.

ПРОКЛЯТИЕ УНДИНЫ

Человек спит не только ночью, но и днем. Тут те же закономерности, что и при ночном сне. Порой человек засыпает днем помимо своей воли и не потому, что наступило время спать.

Один из персонажей романа Чарльза Диккенса «Посмертные записки Пиквикского клуба», опубликованного в 1837 г.,— слуга по имени Джо — умудрялся засыпать средь белого дня прямо на ходу. Был этот слуга толст и неуклюж. В 1956 г. группа английских врачей предложила назвать описанное Диккенсом расстройство пиквикским синдромом. Впервые синдром был описан врачами еще в конце XVIII в. Это расстройство не так уж редко встречается. Проявляется пиквикский синдром приступами чрезмерной сонливости, порой сопровождающейся мышечными подергиваниями. Часто он наблюдается у больных с ожирением. Из-за тучности у больных нарушается дыхание, не прочищаются должным образом легкие. Гиповентиляция приводит к приступам сонливости.

Вообще никогда нельзя забывать о взаимосвязи сна и дыхания. Особенно ярко эта взаимосвязь проявляется при синдроме проклятия Ундины (героини из германской мифологии).

Жила-была русалка по имени Ундина. Любила она мужа, а тот ее предал. И решила русалка отомстить неверному. Сделала она это самым изощренным способом: заставила его постоянно думать о необходимости дыхания, ибо если перестать об этом думать, то оно станет прерывистым и человек может умереть. Так и жил муж Ундины с мыслями о необходимости дышать. Но однажды он заснул и уже, естественно, не мог об этом думать. И умер.

В 1962 г. был описан синдром проклятия Ундины, внешне порой похожий на пиквикский синдром. Он также осно-

ван на гиповентиляции легких, но связан не с ожирением, а с какой-то первичной недостаточностью дыхательных центров. Днем такие пациенты сонливы, спят на ходу, дыхание у них периодическое, порой они какой-то отрезок времени (короткий) не дышат.

Иногда сонливость у них носит такой неудержимый характер, что человек мгновенно засыпает.

При болезни Клейне—Левина появляется периодическая гиперсомния с последующим повышенным аппетитом. Ученые спорят об этих явлениях, единого мнения пока нет.

Неясной остается природа парадоксального сна, ведь он не вызван какой-то лежащей на поверхности необходимостью. Полагаю, что поверхностный сон — это остаток эволюции, следствие инстинкта самосохранения. Ведь всякое животное, заснув, боится, как бы во сне его не подстерегла опасность. У обезьян фаза парадоксального сна вообще наступает быстрее, чем у человека. Заснуло живое существо и периодически как бы просыпается, осматривается, примеривается, наблюдает, нет ли опасности. Если опасность не грозит, живое существо умиротворенно засыпает. А если что-то почудилось, что-то не так спросонья было расценено, если действительно что-то грозит, но не в такой степени, как показалось, если... Вот тут и появляется патология — психогенная или еще какая-нибудь. Если в голове опухоль, рубец, киста, кровоизлияние, если сосуды головного мозга поражены, если есть очаг эпилептического возбуждения — тоже возможны нарушения сна. И дневного, и ночного. В любом случае следует обратиться к специалисту, чтобы он нормализовал сон, сделал его безболезненным, нормальным.

В некоторых случаях фаза поверхностного сна искусственно удлиняется, тогда резко увеличивается количество сновидений и человек живет, как бы одновременно бодрствуя и находясь во сне.

Специальные наблюдения над сенегальскими бабуинами показали, что у этих обезьян, а также у ряда других животных отсутствует длительная фаза глубокого сна Объясняется это тем, что для животных сон — это вопрос жизни и смерти: если животное будет спать так же глубоко и долго, как человек, то оно может погибнуть от неожиданного нападения со стороны других животных (в первую очередь хищников), от наводнений и т. д.

Увеличение или уменьшение фазы парадоксального сна одинаково плохо отражается на психическом здоровье че-

ловека. Надо научиться управлять этими явлениями. Но это уже отдельная тема.

Однако если без сновидений жить нельзя и наверняка сойдешь с ума, скажете вы, то как это согласуется с тем, что на земле имеется множество совершенно здоровых в психическом отношении людей, у которых нет сновидений либо они очень редки. Разрешить это кажущееся противоречие очень просто: люди помнят о сновидениях только тогда, когда проснулись во время фазы поверхностного сна или примерно в этот период. Если человек был разбужен или проснулся в другое время, никаких сновидений он не помнит. Более того, сновидения, обнаруженные нами при пробуждении, очень быстро забываются. Дольше всего помнятся те, которые мы видим в момент пробуждения от парадоксального сна. Те же сновидения, которые имели место во время выхода из REM-фазы, забываются еще быстрее.

Таким образом, все здоровые люди видят сны, но не все о них помнят и не все подозревают о их существовании. А если у кого-то сновидений на самом деле нет, то он, безусловно, так или иначе наблюдается у врачей, которые, восстанавливая психическое здоровье больного, восстанавливают и его способность видеть сны: эти явления так взаимосвязаны, что разграничить их невозможно

ИСТИННЫЕ И ЛОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ СНА

У детей нарушения сна очень часты. Фактически малейший раздражитель расстраивает детский сон. Дети во сне вскрикивают, кряхтят, вскакивают, крутят головой, вздрагивают, в некоторых случаях ходят по комнате. Если родители заметили подобные явления, желательно, чтобы они посоветовались с детским психиатром, а тот решит, чем помочь. Ведь расстройства сна могут быть невротическими, неврозоподобными, органическими, эпилептическими и т. д., и в каждом случае лечение будет другое. В одном случае требуется удлинение фазы поверхностного сна, в другом — укорочение ее, в третьем — углубление фазы глубокого сна и пр. Сколько клинических форм нарушений сна — столько и принципов лечения. Сколько больных — столько комбинаций лекарств и других методов воздействия.

Попробуем систематизировать некоторые формы расстройства сна, встречающиеся у детей и подростков.

Любое нарушение сна врачи называют диссомнией. Диссомний много, все перечислять не будем.

У невропатов часто бывает инверсия сна, то есть днем они спят, а ночью бодрствуют (полностью или частично). Ночной сон у них короткий.

Бывают люди, которые вообще спят очень мало,— такое нарушение сна я называю бревесомнией (от лат «бреве» — короткий). Бревесомния бывает физиологической, патологической и ложной. У подростков часто встречается физиологическая бревесомния, когда подросток какое-то время спит мало, недолго. Ложная бревесомния встречается еще чаще, суть ее в том, что если человек днем выспится, то ночью он спит не очень долго. Хуже, если речь идет о патологической бревесомнии, когда человек спит недолго из-за какой-нибудь болезни (чаще всего невроза). При большинстве алкогольных психозов также наблюдается патологическая бревесомния.

Противоположна бревосомнии лонгосомния, то есть чрезмерная длительность сна. Чем младше ребенок, тем дольше и чаще он спит — это физиологическая лонгосомния. Ложная лонгосомния возникает, если человек очень устал или не спал длительное время,— добрался до постели и заснул богатырским сном, наверстывая упущенное. Спать он может в таких случаях дольше обычного, и это нормально.

Патологическая лонгосомния бывает и при поражении головного мозга, в частности при некоторых формах энцефалитов, то есть воспалений головного мозга. В Африке распространена «сонная» болезнь, вызываемая укусом мухи цеце.

Помимо этого встречается уже упоминавшаяся профундосомния, а также повышенная сонливость (гиперсомния). Профундосомния и гиперсомния бывают физиологической, патологической и ложной форм. Физиологическая сонливость встречается у детей, у некоторых стариков, при переутомлении. Ложная гиперсомния отмечается в случаях, когда человек долгое время не спит (ходит «сонный, как муха»). Гиперсомния и лонгосомния часто соседствуют. Патологическая гиперсомния бывает при некоторых неврозах, особенно при астеническом неврозе, когда человек днем ходит сонным, мечтает только о том, как бы выспаться, а наступает вечер, ничто не мешает спать, но заснуть он не в силах, а если и засыпает, то мучается от бревесомнии. Во сне могут наблюдаться такие феномены, как стереотипные раскачивания, биение головой о подушку, снохождение, сноговорение.

Иногда люди во сне скрежещут зубами.

— Помогите, доктор, у моего сына тяжелое заболевание,— обратилась однажды ко мне мать подростка.

— Не торопитесь с диагнозом. Вначале расскажите, в чем заключается, в чем проявляется болезнь мальчика, а потом уже будем думать о диагнозе.

— Он во сне скрежещет зубами.

— А еще на что жалуется?

— Ни на что.

— Зачем же вы пришли ко мне, да еще с таким страхом сказали о тяжелом заболевании?

— А разве скрежетание зубами во сне не признак опухоли мозга?

— Скрежетание зубами во сне называется по-научному бруксизмом или феноменом Каролини. Бруксизм — не самостоятельное расстройство, а симптом множества болезней или особых физиологических состояний. Бруксизм часто сопровождает сны с кошмарами, неприятные сновидения, недостаток кальция в организме, перевозбуждение перед сном, дурное настроение перед засыпанием и т. д., все причины не перечислишь. Приписывать бруксизм какой-то одной болезни нельзя. Так что успокойтесь и не ищите у ребенка того, чего у него, слава богу, нет.

Издавна описывали разнообразные ночные кошмары, встречающиеся главным образом у детей. В чем их сущность?

Во сне ребенок вдруг начинает кричать, будто чего-то боится. Продолжительность такого приступа страха во сне может быть различной, но обычно не превышает 3—5 мин. Клиническая картина этих страхов бывает различной. При невротических ночных страхах ребенок реагирует криком на странное сновидение, на неприятные воспоминания. Если его во время приступа страха взять на руки, то он чаще всего легко успокаивается, отвечает на вопросы. При неврозоподобных и некоторых других ночных страхах он не узнает родителей, не отвечает на их вопросы, а утром все забывает. Ночные страхи могут быть и проявлением особых аффективных эпилептических приступов. Врачи прежних времен выделяли так называемый ночной спазм, когда ребенок во сне стереотипно качает головой или бьется лбом о подушку. Иногда во сне ребенок становится на четвереньки и тоже раскачивается, словно хочет показать свое недовольство чем-то, свое отрицательное к чему-то отношение.

Один наш пациент рос и развивался нормально Был

чрезмерно привязан к матери, не отпускал ее ни на шаг от себя. Когда мальчику исполнилось 2 года, у него появилась сестричка. И тут началось... Он плакал, кричал, требовал, чтобы мать сидела только с ним. А ночью он вдруг принимался раскачиваться, вставал на четвереньки и оставался в этой позе, да еще часами крутил головой из стороны в сторону. Иногда во сне истошно кричал, затихал, лишь когда мать брала его на руки. Родители повели его к врачу. Тот заподозрил эпилепсию в связи с тем, что на энцефалограмме якобы было зафиксировано «нечто похожее на эпилептическую активность». Назначил противосудорожные препараты, но эффекта не было.

Пришли ко мне на консультацию. Я порекомендовал, чтобы мать перед сном убаюкивала сына, сидела с ним рядом, гладила его головку, обещала лечь спать рядом. Антисудорожные препараты отменил. Сразу же ночные раскачивания резко уменьшились, однако еще сохранялись. Тогда по нашему совету мать ночью, когда ребенок становился на четвереньки, брала его на руки и убаюкивала. Днем же она всячески показывала ему свою любовь, стремясь преодолеть ревнивое чувство, возникшее у него в связи с появлением сестрички. Через 4 мес ребенок был совершенно здоров.

У мальчика было невротическое нарушение сна с ночным страхом. Появилось оно у ревнивого ребенка, собственнически относившегося к матери и страдавшего от мысли, что любовь матери теперь переключится на сестру.

Родители должны знать, что если у ребенка только один или несколько раз появилось какое-то расстройство сна, к тому же преходящее или психологически объяснимое, то бить в колокола тревоги незачем. А вот если расстройство сна стало постоянным, стереотипным, необъяснимым, то необходимо посоветоваться со специалистом.

ТЕРМОНЕВРОЗ

Каких только неврозов не бывает! Форм их — великое множество, и всякое деление, систематика их условны. Тем более в детском возрасте, когда все отрывочно, рудиментарно, неполно, изменено возрастом, когда всякая болезнь течет в соответствии с быстро меняющимися возрастными особенностями.

— Вы знаете, доктор, у моего ребенка странная болезнь: расстроится, переволнуется, обидят ее — непремен-

но повышается температура до 39—40 градусов. Было бы понятно, если бы это наблюдалось у нее в трех-четырехлетнем возрасте, когда бывает, как вы, врачи, ее называете, невропатия: при этом состоянии нередко беспричинное повышение температуры. Но моей-то дочери уже 12 лет, ни о какой невропатии и речи быть не может.

— Приведите какой-нибудь пример повышения температуры у вашей дочери.

— Вот самый последний случай. Поставили дочери двойку — не выучила урок и получила по заслугам. Казалось бы, чего тут мучиться: в следующий раз выучила бы урок и получила пятерку. Нет, сама извелась и других извела. Плакала, раздражалась, ничего не ела. К вечеру у нее поднялась температура тела до 40 градусов. Мы с мужем перепугались: может, воспаление легких началось и совпало с переживаниями в школе? Вызвали педиатра. Педиатр послушал легкие, сердце, ничего не нашел, но на всякий случай назначил антибиотики. Утром девочка была совершенно здоровой. Вновь позвали педиатра. Педиатр заключил, что девочка вроде бы уже здорова, но на всякий случай (вдруг опять поднимется температура) порекомендовал продолжать дачу антибиотиков. Через 3 дня перестали давать девочке антибиотики. Педиатр в сомнениях, но мы то, родители, знаем, что так у дочери было не один раз. Одни от переживаний плачут и теряют сон, а у нашей, помимо этого, еще и температура поднимается.

— Бывали случаи, что температура возникала без плача и бессонницы?

— Очень часто. Куда чаще, чем в сочетании с другими, как вы говорите, невротическими симптомами. Не раз все ограничивалось лишь неожиданно возникающей высокой температурой.

— Кроме антибиотиков и жаропонижающих что-нибудь назначалось?

— Вы имеете в виду психотропные средства?

— Их в первую очередь, но и психотерапию.

— Психотропные препараты не давали, а психотерапию проводили.

— Какую же?

— Один врач стал обучать дочь аутогенной тренировке. Три месяца прозанимались, но толку никакого. К тому же мы заметили, что в конечном итоге от этих занятий был лишь вред: он надоумил дочь, что та без аутогенной тренировки пропадет — вот она и стала при случае и без случая объяснять всем, что она тяжело болеет и нуждается

в том, чтобы ее жалели и никаких требований к ней не предъявляли.

Было ясно, что у девочки невроз, проявляющийся не только и не столько в общеневротических расстройствах, сколько в нарушении терморегуляции. Это расстройство называется термоневрозом. Оно не опасно, но главная беда в том, что при этом начинают искать другую патологию и лечат больных сильными медикаментами (антибиотиками в первую очередь). Винить тут педиатра нельзя: поставьте себя, читатели, на место врача (особенно молодого и не очень опытного). Обнаружив у ребенка высокую температуру тела, да еще быстро возникшую, он вынужден принять все меры предосторожности, чтобы не пропустить более тяжелое заболевание: от неврозов еще никто не умирал, а от пневмонии или аппендицита можно и умереть. Поэтому врач лечит — порой на всякий случай — то расстройство, которое может привести к смертельному исходу. Вот в таких ситуациях родители и должны быть помощниками врача. Они должны четко, ясно, объективно рассказать ему все, что знают о ребенке, ничего не скрывая. Родители обязаны быть союзниками и помощниками врача. Иногда же родители стоят в стороне или же — еще хуже — специально запутывают врача: дескать, посмотрим, что ты за специалист, сможешь ли сам распутать весь клубок или нуждаешься в нашей помощи. А речь-то идет о судьбе собственного ребенка.

Лечат термоневроз, как и все неврозы, сочетанием применения транквилизаторов и психотерапии (главным образом суггестивной). Больной, о которой шла речь, мы назначили курс лечения и провели несколько сеансов гипноза. Она выздоровела. Нельзя фиксировать внимание больного неврозом (в том числе и с нарушением терморегуляции) на болезни, всячески нужно отвлекать его от болезненного состояния, ни в коем случае не следует внушать больному, что он тяжело болен — иначе он на самом деле будет вести себя как неизлечимобольной. Спорт, труд, улыбки близких людей, движение, ровное отношение окружающих — вот что спасает от всех болезней, а от неврозов особенно.

БОЛЕЗНИ РОСТА

В подростковом возрасте нередко обнаруживаются расстройства, которые в иных возрастных группах редки. С возрастом заостряется все, что заложено в человеке,

и в результате этого возможны три главных явления:

1) возраст порождает болезни, которых не бывает в молодости;

2) возраст накладывает свой отпечаток на все заболевания, которые встречаются в более молодые годы;

3) возраст уменьшает или полностью ликвидирует болезненные расстройства, отмечаемые в предыдущие возрастные периоды.

Подростковому возрасту свойственны мощные психологические и гормональные изменения. Например, бывает гармоничное (физиологическое) и дисгармоничное (патологическое) ускорение развития организма (акселерация): физического, психического или психофизического. Физическая акселерация встречается гораздо чаще психической.

Одним из вариантов патологического ускорения физического созревания является синдром ускоренного полового созревания. Заключается он в том, что подростки начинают физически очень быстро развиваться и в результате этого нарушаются пропорции, возникают своеобразные «ножницы» между нарастающими половыми и иными влечениями и способностью интеллекта контролировать их. Вот и ведут себя такие подростки крайне вызывающе: хулиганят, сквернословят, поджигают, убегают из дому, «бесятся» при виде какой-нибудь кинозвезды или футболиста, избивают случайных прохожих, употребляют наркотики и пр. Выходки подростков отличаются невероятной жестокостью, изощренностью и злобой. Это вызывает законное недовольство населения, требующего положить конец бесчинствам дисгармоничных подростков. Некоторые из подростков нуждаются в срочной изоляции от общества, некоторые — в лечении, большинству же требуются воспитательные меры и ничего более. Врачи имеют дело лишь с больными, поэтому мы и говорим только о тех, кто нуждается в лечении. У таких подростков часто диагностируют синдром ускоренного полового созревания

Помимо тех признаков, которые уже перечислены, при акселерации встречается резкое нарушение аппетита. у одних он нарастает вплоть до так называемого «волчьего» (булимии), у других — вовсе пропадает. Резкое усиление полового влечения плохо контролируется интеллектом и волей, поэтому многие подростки рано приобщаются к половой жизни, у них возникает склонность к различным извращениям, групповой любви и пр.

Родители должны твердо знать, что каким бы ни было

трудным общение с такими детьми, каким бы ни было вызывающим их поведение, в конечном итоге все отклонения в их поведении постепенно проходят, не оставляя следов. «Перебесится» молодой человек и потом, рано или поздно, успокоится. Но что делать, чтобы эти возрастные крайности принесли подростку минимум вреда и не сделали его наркоманом, уголовником, бродягой, половым извращенцем? Тут необходимо несколько взаимосочетающихся моментов:

1) длительный прием препаратов, подавляющих влечения и делающих человека более управляемым: аминазина, меллерила, неулептила и др.;

2) постоянный и тщательный контроль за подростком с ускоренным темпом полового созревания, изоляция его от людей с антисоциальным поведением (уголовных преступников, хулиганов) или асоциальным (тунеядцев, бродяг). Подростки с ускоренным темпом полового созревания обычно тянутся к лицам такого же типа, как и они сами («рыбак рыбака видит издалека»),— это нужно предусмотреть и предупредить;

3) нужно формировать у подростков социально положительную и аффективно окрашенную доминанту, то есть стараться, чтобы они были увлечены достойным занятием, отвлекать их от улицы, ссор с родителями, конфликтов с педагогами.

Если все эти три условия будут соблюдены (при отсутствии дополнительных отрицательных нагрузок, сотрясения и ушибов мозга, инфекционных заболеваний нервной системы), то выздоровление подростка гарантировано

В подростковый период возможны и другие нарушения здоровья.

В предотвращении каждого из них, избавлении от них важна помощь родителей.

Подростковый период — это время нравственного максимализма, время одиночества, сомнений, поисков собственного Я и социальных идеалов.

Все говорят нет правды на земле
Но правды нет – и выше Для меня
Так это ясно, как простая гамма

Этими словами Сальери начинается трагедия Пушкина «Моцарт и Сальери». Плохо, если с такими настроениями, с такой позиции начинает жизнь молодой человек.

У каждого подростка впереди все радости, все находки, но и все разочарования, предательства, ложь, болезни,

ссоры, печаль, смерть. Он еще не раз убедится в том, что правды и совершенства действительно маловато на земле, что истин так много и они порой взаимоисключают друг друга, так, что называть их истинами как будто и нельзя. Все еще будет. Но пока всего этого нет, ребенок, как правило, беспечально смотрит в свое будущее. Вот почему он оптимист: из-за малой информированности и естественной для своего юного возраста беззаботности. Если это правило нарушается — значит что-то неладное случилось с мальчиком или девочкой, скорее всего болезнь. Если ребенок становится (без причины! Еще раз повторяю: без серьезной причины) мрачным, жестоким, ненавидящим окружающее, значит что-то в нем надломилось, ожесточилось, что-то стало ненормальным. Надо искать причины такой необычности и, обнаружив, решительно и не откладывая дело в долгий ящик исправлять недостатки реального бытия и недостатки самого пациента.

НЕ БУДУ ЕСТЬ

Многие матери жалуются на плохой аппетит своих детей. У одних аппетит действительно нарушен длительно и в сильной степени (это встречается весьма редко и такие дети наблюдаются врачами), у других — эти расстройства кратковременны и эпизодичны. В некоторых случаях жалоб родителей на нарушение аппетита у их детей не мешало бы проверить нервную систему самих родителей.

Нарушения аппетита разнообразны по проявлениям, происхождению, последствиям и зависят от возраста ребенка.

У грудных детей аппетит расстраивается чаще всего вследствие нарушения синхронности функционирования соматической сферы. Со временем это постепенно проходит, хотя чрезмерная разборчивость в еде, привередливость могут сохраняться на долгие годы.

Очень часто расстройства аппетита бывают вызваны гастритом, колитом, заболеваниями печени, желчного пузыря и т. д.; после ликвидации патологии пищеварительного канала улучшается и аппетит.

Встречаются также дети и подростки, у которых аппетит снижен, иногда сильно, длительно, и без заболевания пищеварительного канала. Преимущественно это расстройства, которые не имеют органического субстрата, а вызваны только психогенными факторами.

Когда двенадцатилетняя девочка заметно похудела,

родители всполошились, обследовали ее у эндокринолога, терапевта, хирурга — те не нашли никакой мало-мальски существенной патологии. Аппетит у девочки был очень плохой, и никакие лекарства не могли его усилить. В конце концов мать обратилась за советом к детскому психиатру

Оказалось, пациенткой овладел страх подавиться пищей. Этот страх возник у нее более года назад после того, как девочка случайно услышала рассказ о том, как одна женщина подавилась рыбой и задохнулась. Услышанный рассказ изобиловал множеством нелепостей, и вряд ли случай произошел на самом деле, но мнительная, впечатлительная и склонная к фиксации на своих ощущениях девочка восприняла его совершенно серьезно и на всякий случай стала ограждать себя от приема более или менее плотной пищи. В дальнейшем опасение подавиться усилилось. Больная принимала только жидкую пищу, да и той немного. Вот почему она так сильно похудела.

Лечение, которое девочка долгое время получала, направлялось на усиление аппетита и в конечном итоге было неправильным: следовало не аппетит усиливать, а ликвидировать страх подавиться плотной пищей. Когда с помощью гипноза я снял у девочки страх глотания, состояние ее заметно улучшилось и она вскоре полностью поправилась.

Другая больная отличалась повышенной внушаемостью и брезгливостью. Когда она была в оздоровительном лагере, у нее установились натянутые отношения со сверстницами. В конце смены эти девочки, желая за что-то ей отомстить, заявили, что они однажды наплевали ей в суп. Это была грубая ложь, но на девочку произвела очень большое впечатление. При одной только мысли, что она употребляла оплеванную пищу, у девочки начиналась тошнота и рвота, потом возникло отвращение к пище. «Глядя на то, как дочь ест, можно было самому потерять аппетит: с таким отвращением она смотрела на еду, так ненавидела акт еды»,— жаловалась мать.

Это состояние длилось полгода. За это время девочка похудела, у нее нарушился сон, ухудшилось настроение, т е. сформировались многочисленные признаки затянувшегося невротического состояния. Потребовалась длительная врачебная и педагогическая помощь, чтобы ликвидировать эти явления, улучшить аппетит, восстановить нарушенный контакт с одноклассницами, в которых пациентка видела своих возможных обидчиков.

Невротические расстройства аппетита у подростка могут развиться и в связи с прямыми насмешками над чрез-

мерной его полнотой. Кстати, в большинстве случаев аппетит грубее и чаще нарушается у девочек, чем у мальчиков. Подобные насмешки могут стать тяжкой психической травмой для ранимых и чувствительных людей и тем самым привести к резкому снижению аппетита.

К невротическим расстройствам аппетита относится не только его снижение, но и повышение. Невротическое «обжорство» (булимия) очень распространено в наши дни. В чем оно заключается?

У ребенка невроз, плохое настроение, все им видится в мрачном свете. И вдруг ему дают вкусное пирожное, приятный сок. Ест, пьет — настроение выравнивается, невроз проходит. В следующий раз он объедается вкусными вещами, как только с кем-то поссорится. Стал ленивым, толстым, пассивным — что-то в нем надломилось. И вот лечится от полноты.

Такая динамика полноты очень часта в жизни. Толстых детей становится все больше, и причина здесь не только в переедании, гиподинамии, не только в том, что, как сообщает советская пресса, наша промышленность выпускает слишком много жирных и сладких продуктов, обильное употребление которых приводит к полноте. Причина еще и в детских неврозах, нередко скрытых, замаскированных обжорством. Лечить таких пациентов надо не голодом, а психотерапией, транквилизаторами, антидепрессантами.

С середины XX в. психиатры все чаще сталкиваются с особым нарушением, которое встречается главным образом у девочек-подростков, хотя иногда бывает и у мальчиков. Суммируя разные данные о формах этого расстройства (а речь идет о психической анорексии — отсутствии аппетита), можно представить его следующим образом.

Болезнь начинается постепенно. В первое время поведение человека психологически понятно и не кажется странным. Больные утверждают, что они стремятся похудеть, чтобы не отстать от моды. Поскольку на свете не существует твердых и точных критериев «нормальной» полноты, а эстетические представления о женских прелестях относительны и непостоянны, то в большинстве случаев подобное объяснение кажется вполне правдоподобным. Такие подростки приводят много «убедительных» аргументов в пользу необходимости похудеть.

Вначале девочки ограничивают себя в еде и приеме жидкости, много двигаются, чтобы сбросить лишнюю массу Чувство голода у них постепенно уменьшается, но не исчезает. Можно представить себе мучения этих подростков:

есть хочется, но усилием воли они не позволяют себе такую «роскошь». Иногда они начинают много есть (т. е., как все нормальные люди или как люди, очень голодные), а наевшись, вызывают у себя рвоту и опять голодают. Порой такие лица съедают громадное количество пищи, но все это не переваривается желудком, выбрасывается из него с помощью искусственно вызванной рвоты. «Рвотное поведение» может у них тянуться годами.

Постепенно организм отвыкает от нормального питания, рвота при приеме пищи иногда появляется сама по себе. В тех редких случаях, когда такой пациент или пациентка (ибо это уже больные люди) начинает смутно понимать, что нужно есть, чтобы не умереть, и заставляет себя есть, то пища уже не доходит до желудка из-за неукротимой рефлекторной рвоты. Правда, это бывает лишь в «далеко зашедших» случаях.

Постепенно развивается резкое истощение с упадком сил и неспособностью выполнять даже легкую работу. Это состояние называется кахексией. В состоянии крайней кахексии некоторые больные умирают от ослабления сердечно-сосудистой деятельности. До такого печального исхода, конечно, доходит редко. Если больного (больную) вовремя госпитализируют в психиатрическую больницу и лечат от психического расстройства, а не от физического истощения, которое является следствием психического расстройства, то психическая анорексия и сопутствующие ей другие нарушения почти всегда исчезают.

Людей с психической анорексией нужно рассматривать как душевнобольных, невротиков и т. д. и лечить их соответствующими методами.

У каких подростков развивается психическая анорексия? Какие факторы предрасполагают к возникновению этого не такого уж безобидного заболевания?

Психическая анорексия встречается, как правило, у подростков из зажиточных и большей частью высокоинтеллигентных семей. В государствах с низким экономическим уровнем это заболевание отмечается крайне редко.

Психическая анорексия — симптом различных заболеваний; она несет на себе отпечаток той болезни, проявлением которой является. Чаще всего психическая анорексия бывает при неврозах, патологически протекающем подростковом кризе и шизофрении.

Психическая анорексия — привилегия девочек с дисгармоническим физическим и психическим развитием По характеру они сдержанные, прямолинейные, негибкие,

чрезмерно справедливые, склонные к умозрительным и схематическим построениям, без живых и разнообразных эмоций. Многие из них чрезмерно честолюбивы и упрямы.

Среди девочек с психической анорексией нередко встречаются такие, которые в период появления вторичных половых признаков как бы протестуют против того, что им, помимо их воли, придется быть женщинами. Это бывает у несколько «мужеподобных» девочек, любящих проводить время в обществе мальчиков и долгое время сохраняющих интерсексуальное поведение. А когда наступает время половой ориентировки, у них подсознательно возникает нежелание расставаться с безмятежным детством. В характере этих девочек берут верх так называемые мужские черты, а присущие женской душе мягкость, гибкость, эмоциональность и нежность приглушены.

Вероятно, такой механизм развития психической анорексии встречается далеко не всегда, однако он весьма нередок. У многих девочек, которым в процессе лечения внушают не необходимость увеличения массы тела, а привлекательность женственности, психическая анорексия исчезает.

Психическую анорексию лечат только врачи, однако роль родителей при этом трудно переоценить. Ведь именно им приходится раньше всех сталкиваться с больными детьми. Очень важно, чтобы родители были ориентированы в том, как протекает это расстройство, и могли оказать своевременную помощь своим детям. Родители должны также с самого раннего возраста детей воспитывать у них уважение к своему полу.

СЛУЧАЙ В ИНСТИТУТЕ КРАСОТЫ

В Институт красоты пришла тринадцатилетняя девочка с требованием изменить ей форму носа. Когда ее направили к детскому психиатру (всех подобных пациентов предварительно консультируют у детских психиатров), она забаррикадировалась в кабинете врача и заявила, что покончит с собой, если ей не сделают операцию.

Коллеги из Института красоты обратились ко мне за советом. Девочку вывели из кабинета врача-косметолога и привезли ко мне. Что же оказалось? Она давно уже существовала как бы в двух измерениях. Внешне делала то, что и другие сверстницы, неплохо училась, выполняла общественную работу в школе. Дома же большую часть времени разглядывала себя в зеркале. Жаловалась матери,

будто чудовищно некрасива, будто у нее отвратительные уши, уродливый нос. Мать терпеливо успокаивала дочь, доказывала, что ничего уродливого в ее внешности нет. Но та стояла на своем, плакала, причитала: «Кому я такая нужна? Моя внешность всем противна, люди отворачиваются от омерзения, видя мое лицо», и пр.

Был диагностирован синдром дисморфомании (описан в 1886 г. под названием дисморфофобии), проявляющийся в стойком убеждении, что тело человека уродливо, оно вызывает отвращение у окружающих, что посторонние люди обращают на него пристальное внимание. Эти переживания касаются только видимых частей тела, не закрытых одеждой.

Больные, страдающие дисморфоманией, почти постоянно пребывают в плохом настроении, иногда у них развивается сильная депрессия с тоской и идеями самообвинения.

Дисморфомания свойственна именно пубертатному возрасту, когда у всех подростков повышается внимание к своей внешности, нарастает стремление довести ее до идеала. Поэтому в подростковый период часто отмечается гипертрофированное заострение того, что как бы уже заложено в психике человека. Иногда дисморфомания бывает в очень тяжелой форме, однако чаще всего она встречается в рамках пограничных расстройств и при правильном лечении бесследно исчезает. У взрослых людей дисморфомания возникает очень редко, чаще всего — это продолжение не леченного в юношеском возрасте заболевания.

Условно можно выделить несколько основных механизмов этого расстройства.

Наиболее часто дисморфомания обусловлена чрезмерными переживаниями. Она бывает у людей чувствительных, застенчивых, уязвимых, склонных к образованию схематических идей, которые в общем-то обоснованны и поначалу ничего странного и неправильного не несут, но занимают в психике человека слишком большое место и тем самым определяют его поведение. Это люди с тем или иным, как говорят в народе, «пунктиком». У подростков довольно часто появляется «пунктик» о том, что, дескать, нос, рот либо брови некрасивы и что окружающие (особенно девушки или юноши, которым симпатизирует такой субъект) это замечают и им неприятно видеть такое антиэстетическое явление. Подростки погружаются в мрачные переживания, воспринимают свои мнимые уродства как тяжелый и незаслуженный удар судьбы, избегают общества. Их поведение продолжает быть внешне упорядоченным,

успеваемость не снижается. Если больные на время забывают о своих переживаниях, то ничем не отличаются от здоровых людей. Они поддаются разубеждениям и особенно отвлечению. Со временем идеи мнимого уродства бесследно проходят, особенно если такому юноше или девушке вовремя провести курс психотерапевтического воздействия, к которому, кстати, такие пациенты весьма расположены: исподволь они как бы сами стремятся к тому, чтобы их разубедили в том, что черты их лица безнадежно исковерканы и это мешает установлению отношений с представителями противоположного пола.

При некоторых душевных заболеваниях такие суждения столь болезненны и неверны, что они полностью определяют поведение больного, его поступки, отношение к окружающему миру и не поддаются логическому исправлению. Подобный бред физического уродства сочетается с бредом внешнего воздействия и преследования. Пациенты объясняют происходящую «перемену внешности» злоумышленным воздействием электрического тока, магнитных или гипнотических сил, рентгеновских или космических лучей, а то и вымышленных ими видов энергии. Они «вовлекают» в бред родных и знакомых, а порой и целые организации. Больным «подменяют» душу, лицо, самые близкие люди становятся врагами, оказываются собственными двойниками, играющими определенную роль в преследовании больного. Больной представляет себя автоматом, действующим под влиянием враждебных и могущественных внешних сил. Наступает раздвоение, расщепление психики. Часто такой бред неразрывно слит с галлюцинациями, содержание которых еще раз «подтверждает» заблуждения больных. Подобные признаки синдрома психического автоматизма (синдрома воздействия, овладения, отчуждения) были описаны в 1889 г. русским психиатром В. Х. Кандинским (1849—1889 гг.), а в 20-х годах XX в.— канадским ученым Гастоном Каэтаном де Клерамбо (1872—1934 гг). По имени первооткрывателей этого синдрома он называется синдромом Кандинского — Клерамбо.

Столь яркий, громоздкий и нелепый бред развивается исподволь, в течение месяцев, а то и лет. А на начальных этапах он мало отличается от обычных человеческих проявлений. Чтобы предотвратить тяжелую форму заболевания, необходимо как можно раньше приходить на консультацию к психиатру.

Родители часто замечают, что ребенок или подросток лжет. Это вызывает опасения: вдруг он на всю жизнь останется этаким бароном Мюнхгаузеном или Хлестаковым? Иногда маленького Хлестакова ведут к врачу (особенно если лживость сочетается с другими странностями), чтобы решить, какая это ложь — «нормальная» или патологическая, и что следует сделать, чтобы она прекратилась.

Врачи дифференцированно подходят к проблеме детской лжи, считая, что это не какая-то особая болезнь, а чаще всего крайний вариант здоровой детской психики. Лишь в очень редких случаях лживость детей и подростков является патологической и нуждается в срочном вмешательстве врача.

То, что норма для одного возраста, может стать патологией для другого. Например, дошкольники вообще любят превращать обыденную жизнь в игру. Иные дети привносят в эту игру столько фантазии, так сживаются с нею и верят своей выдумке, что даже взрослые начинают принимать их рассказы за правду. У маленьких детей склонность ко лжи связана с неспособностью удержать в узде богатое воображение, разграничить реальные и сказочные явления. В силу большой внушаемости и эмоциональности они уходят в мир фантазий. Их ложь, так сказать, невинная, неосознанная, не преследует каких-либо корыстных целей, содержание фантазий быстро меняется.

В некоторых случаях склонность ко лжи может зафиксироваться, ребенок привыкнет постоянно лгать. Эта особенность малыша может быть ликвидирована с помощью педагогических мер, и, как правило, здесь не требуется вмешательство врачей.

Итак, форм лжи и причин ее много (к некоторым видам патологической лживости мы еще будем возвращаться). В последние десятилетия публикуются сведения о пациентах (в том числе и юного возраста), одержимых страстью чем-то заболеть. Они обнаруживали у себя признаки разнообразных заболеваний (главным образом хирургических и терапевтических), с удовольствием ложились под нож хирурга или принимали массу лекарств, назначавшихся врачами других профилей, а если врачи отказывались их оперировать или лечить, начинали на них жаловаться, высказывали яростное недовольство ими и искали других врачей. Эти люди стремились обратить на себя внимание, но с этой целью они использовали лишь один способ:

операцию, лечение от тяжелой болезни. Все они физически были, как правило, здоровы, в психическом отношении также были в общем обычными людьми, у психиатра никогда не лечились. Не случайно, что и по сей день во всем мире наблюдаются лишь единичные случаи попадания таких людей в поле зрения психиатра, да и то не по поводу каких-либо аномалий, а благодаря направлению врачей общего профиля, не знавших, как освободиться от этих странных симулянтов. Но ведь симулянт всегда преследует какую-нибудь выгоду, эти же — никакой, они как бы получали большое удовольствие от того, что хирурги их оперировали, причиняли им боль.

В 1955 г. таких же больных описали английские ревматологи Гоун и Кауфман. Они были поражены виртуозностью и бесстрашием, с какими пациенты с синдромом Мюнхгаузена (так этих больных определил английский хирург Ашер) выдумывали у себя болезни: вызывали искусственное желудочное кровотечение, глотали разные предметы, прокалывали иглами живот и вводили туда грязную воду, чтобы вызвать заражение брюшины, и пр. И все это делалось без всякой для себя выгоды, без меркантильного смысла. Последнее более всего и поражает врачей.

Термин, предложенный доктором Ашером, меток и красочен. Но задолго до открытия синдрома Мюнхгаузена был выделен схожий с ним синдром Ластени де Ферджоля, названный так по имени героя повести Жюля Амадея Барбе д'Оревильи «История без названия». Ластени де Ферджоль — дисгармоничный субъект (видимо, психопат), который сознательно расковыривал себе нос, геморроидальные узлы и пр., чтобы вызвать кровотечение и попасть в больницу. Когда такого больного госпитализировали, он все делал, чтобы помешать медикам остановить у себя кровотечение.

Нередко у подобных больных развиваются малокровие и другие расстройства кроветворения из-за постоянных скрываемых от врачей кровотечений, доставляющих больным наслаждение.

Для чего больные все это делают? Может быть, все-таки они являются шизофрениками, мазохистами, параноиками, истерическими психопатами, жаждущими привлечь к себе внимание? Пока что мы не можем ответить на этот вопрос.

Родители должны быть очень внимательными к своим детям с ранних лет, чтобы предотвратить у них нарушения влечений, приводящих к синдрому Ластени де Ферджоля.



Мне пришлось консультировать четырнадцатилетнюю пациентку, которая имела «страсть» глотать ложки, вилки и другие металлические изделия. Ко мне она попала после того, как была прооперирована (извлекали из желудка вышеназванные предметы), выписана из больницы и снова наглоталась столовых приборов. Это была худая длинноногая девочка с лихорадочным блеском глаз, так хорошо описанным Достоевским при изображении истеричных героинь. Девочка не отвечала на вопросы. Молчала. Но когда я заговорил с ней на посторонние темы (а для психиатра нет посторонних тем — все беседы направлены на выяснение болезни), она постепенно разговорилась. Суть ее состояния такова. С детства страдала от недостатка любви со стороны родных, от недостатка, как ей мнилось, уважения к ней. Ей неизменно хотелось привлечь к себе внимание. Училась не очень хорошо, внешностью не выделялась, мальчики на нее не обращали внимания, девочки — тоже. Однажды после ссоры с матерью (а ссоры были часто, взаимопонимания между матерью и дочерью никогда не было) назло матери схватила чайную ложку и проглотила ее. Трудно сказать, кто больше изумился этому — мать, сама девочка или врач-рентгенолог, обнаруживший на экране аппарата ложку, когда пациентку привели к нему в кабинет.

Ложка вышла естественным путем. Через две недели после этого пациентка проглотила еще одну чайную ложку, потом столовую, затем черенок вилки. Сделали операцию, удалили эти предметы. Потом это повторилось.

Что нужно тут делать? Найти и незаметно предложить, подсказать пациентке иной способ самоутверждения и привлечения к себе внимания. И сделать это необходимо своевременно, а то может быть поздно. Согласно существующим терминологическим законам, состоянию пациентки полагалось бы поставить диагноз синдрома Мюнхгаузена. Однако я такого диагноза не поставил. Причем здесь ложь, ассоциирующася с милым вралем бароном Мюнхгаузеном? Больная не отличалась склонностью к вранью, она была просто несчастным существом, не нашедшим иного способа привлечения к себе внимания, как глотание металлических предметов с целью в очередной раз попасть на операционный стол.

Куда ближе к ее состоянию синдром Ластени де Фержоля.

Сегодня у меня приемный день: придут больные на консультацию — это будут пациенты разного возраста, пола, с различными заболеваниями.

Вот появился первый. Это мальчик 5 лет, у которого ночью отмечаются вздрагивания, вскрикивания. Иногда он встает и даже ходит по комнате, а наутро ничего об этом не помнит. Мать рассказала, что стоит сыну посмотреть занимательную телепередачу (особенно о шпионах или искателях приключений), как он с трудом засыпает, а заснув, во сне повторяет многие движения героев фильма и произносит вслух их реплики. Поскольку мальчик смотрит все передачи подряд, реплики бывают разные. То кричит «Перестреляю всех по очереди» — и начинает имитировать звук стрельбы из автомата, то неожиданно застонет: «Не трогайте меня, я больше не буду» и т. д. Перепуганная мать обратилась к врачу, а тот почему-то решил, что у мальчика эпилепсия. Мать позвонила мне и попросила проконсультировать ребенка. Я согласился, но поставил два условия: 1) чтобы она прежде, чем идти ко мне, сделала ребенку электроэнцефалограмму; 2) чтобы на 2 нед запретила сыну смотреть телепередачи и перед сном давала ему успокоительную микстуру. Мать пообещала все это сделать.

И вот она вместе с сыном в кабинете. Как и ожидалось, на электроэнцефалограмме никаких грубых отклонений, свойственных эпилепсии, не было. Но самое главное было не в этом: ребенок перестал вскрикивать ночью. Он уже был фактически здоров — мать привела его проконсультировать на всякий случай.

Что же было у мальчика? Довольно распространенная в наше время невротическая реакция на телепередачи. Объем информации, которую ребенок получал, был слишком велик, а выносливость нервной системы — низкая при чрезмерной впечатлительности. Это и явилось причиной расстройства. Понятно, что нельзя всем детям подряд запрещать смотреть телепередачи — это было бы нелепо. Но ясно и другое: все хорошо в меру. Разрешить ребенку проводить все дни возле экрана телевизора — это значит обречь его на неминуемый срыв нервной системы. К тому же встречаются дети, слишком впечатлительные и эмоциональные: для них каждая передача — это чуть ли не стресс. И не удивительно, если ночью такой ребенок вскрикивает и вскакивает. Не нужно искать у него какое-то

серьезное заболевание, следует исходить из здравого смысла и выполнять самые естественные советы: хотя бы ограничить просмотр телепередач.

В кабинет вошла мать другого моего пациента, без ребенка. Теперь у него все в порядке, мать просто пришла рассказать об этом.

Впервые я увидел мальчика год назад. Он был худой, веснушчатый, обращал на себя внимание испуганными глазами и какой-то внутренней напряженностью. Рос он и развивался нормально, пошел в школу. Во втором классе — уже ближе к весне — пять раз подряд переболел разными соматическими заболеваниями: респираторной вирусной инфекцией, свинкой, ветряной оспой. Вконец ослабел. После болезни пошел в школу, а на лестничной площадке в доме, где он живет, погас свет. Очень испугался темноты, еле успокоился, примчался в школу, но на урок опоздал. Учительница «набросилась» на него с резкими словами, не выяснив причину опоздания. Это совершенно вывело ребенка из нормального состояния. С тех пор началась болезнь: невротический страх посещения школы. Мальчик отказался идти в школу, убегал из дому: где угодно был согласен находиться, только не в школе. Обидчицу свою он ненавидел, а заодно и всех учителей.

Перевели мальчика в другой класс, но желания посещать школу к нему не возвратилось. Стала мать ходить вместе с сыном на уроки, сидеть на них, ожидать их окончания в школьном коридоре — положение немного исправилось. Но когда мать не могла приходить в школу (она работала), мальчик до дверей школы не доходил: убегал куда глаза глядят.

Это был невроз, а не реакция протеста. Мать видела, что, придя в школу, ребенок бледнел и краснел, у него дрожали от страха руки, ноги, пересыхали губы, не мог вымолвить ни слова. Матери стало жаль сына, и она разрешила ему не ходить в школу. Мальчика перевели на индивидуальное обучение.

Мать привела его ко мне. Я назначил ему общеукрепляющее и успокаивающее лечение. Убеждать ребенка, что бояться не надо и пр., не стал — в данном случае это бесполезно. Направил его в санаторий для детей с пограничными формами психоневрологической патологии, где дети учатся, как в обычной школе. Мальчик успокоился, страх посещения школы прошел. Для закрепления лечебного эффекта провел ему психотерапию. Сейчас ребенок здоров, но сохранились робость, застенчивость, настороженность

по отношению к педагогам. Будем лечить его дальше.

А вот другая больная. У нее расстройство посложнее.

— Сними-ка, девочка, платок с головы,— обращаюсь к ней.

— Я стесняюсь.

— А выдергивать волосы не стесняешься? Ты ведь знала, что обезобразишь голову, ты ведь полностью отдаешь себе отчет в том, что делаешь.

Когда девочка сняла косынку, открылась картина, которую трудно забыть даже человеку, повидавшему многое: голова была почти лысая, лишь в отдельных местах виднелись кустики волос. Мать расплакалась.

— Если бы вы знали, доктор, как я переживаю, если бы знали, как обидно! Дочь и умная, и начитанная, и отличница. Сейчас она в 8-м классе, учителя прочат ей большое будущее. Говорят, что девочка очень честолюбивая, настойчивая, воспитанная, крепко держит себя в руках, никогда не распускается. Ей бы, говорят, мальчиком родиться. Но тут началась эта напасть: выдергивает волосы, грызет, иногда съедает. Ресницы почти все выдернула, из подмышек тоже дергает, а что с головой сотворила — сами видите.

— К врачам вы по этому поводу обращались?

— Была у дерматолога. Тот сказал, что по части дерматологии девочка здорова, что нужно обратиться к психиатру. Я ему не поверила. Да и страшно стало: все-таки к психиатру — не к какому-то обычному врачу. Не пошла, короче говоря.

— Сколько времени прошло после совета дерматолога?

— Уже с год будет.

— Вот и запустили болезнь.

— Теперь-то я сама уже понимаю. А не поздно ее лечить? И как лечить?

— Поздно, лишь когда человек умирает, да и то с развитием науки и это стало относительно. Но ясно, что чем раньше болезнь будет обнаружена специалистом, тем раньше он начнет ее лечить и тем быстрее наступит положительный результат. Что же касается того, как лечат это расстройство, то подробно я рассказывать об этом не буду. Скажу лишь, что мы назначим вашей дочери лекарства, а потом будем проводить психотерапию. Только вы должны выполнить одно условие: постричь девочку наголо. Это первое. А второе вот что: всячески воспитывайте в ней более спокойное отношение к ее честолюбивым проблемам.

Нельзя быть слишком целеустремленной, слишком настойчивой, слишком, как принято говорить, правильной. Все должно быть в меру.

Забегая вперед, скажу, что через несколько месяцев девочка была уже здоровой.

Она страдала трихотилломанией, что означает «страсть выдергивать волосы». Это расстройство было впервые описано в 1889 г. французским дерматологом Франсуа-Анри Аллопо. Прежде это заболевание встречалось очень редко, сейчас оно весьма распространено в практике детского психиатра.

Бывают разные формы трихотилломании, они по-разному протекают. В конечном итоге почти все подобные пациенты полностью излечиваются. Прогноз ухудшается в тех случаях, когда больные длительное время не обращаются к врачу,— тут уж вина родителей.

Еще один больной.

— Мой сын кусает ногти, грызет заусеницы, иногда прокусывает губы. Не знаю, что и делать. Посоветуйте, доктор,— обратилась ко мне мать пациента.

— За глаза врачи советов не дают. Приведите мальчика — тогда и решим, что у него такое и чем ему помочь.

Через несколько дней мальчик был у меня в кабинете. Это был робкий, застенчивый, трусливый первоклассник, боявшийся всего нового, но еще более страшившийся, что посторонние могут увидеть его боязливость и нерешительность. Структура его личности могла быть расценена как невротическая. Если возникала неприятная для него ситуация, если он боялся, что не сможет ответить своим обидчикам, может показаться несостоятельным, он кусал губы, ногти, боялся обнаружить свою слабость. Вот какая у меня воля, будто говорил он, и могу все преодолеть, могу быть на высоте положения.

Кусание ногтей и заусениц на языке медиков называется онихофагией. Это расстройство чаще всего встречается у психически незрелых людей и с годами постепенно проходит. Особенно если своевременно начать лечение.

Меня вызвали в отделение проконсультировать девочку с мутизмом. История пациентки такова.

Когда девочке исполнилось 6 лет, ее мать лишили родительских прав в связи с хроническим алкоголизмом и антисоциальным поведением. Вскоре мать осудили за преступление, и она исчезла из города, в котором проживала ее семья. В семье было 5 человек: отец и четыре ребенка (трое мальчиков и одна девочка). Наша будущая пациент-

ка оказалась единственной представительницей женского пола в семье и взяла все женские обязанности на себя: обстирывала семью, готовила еду, следила за чистотой. В 7 лет пошла в школу, училась хорошо: была сообразительной, все схватывала на лету. Занималась немного, так как не было времени на это. Постоянно должна была что-то делать по дому. Отношения в семье были хорошими. Братья и отец гордились девочкой, постоянно ставили ее выше сверстниц, ценили ее трудолюбие, хозяйственность, стремление поддержать дом на приличном уровне.

Когда девочке было 10 лет, в школе появилось несколько новых учителей. Одна из них, не знавшая ситуации в семье ученицы, однажды несправедливо обругала девочку, сказав, что та лентяйка. Именно это обвинение поразило девочку как гром с ясного неба: она могла вынести все, кроме подозрений в лени. От возмущения, обиды, досады у нее отнялась речь. Пораженная случившейся с девочкой метаморфозой учительница-обидчица, на глазах которой у девочки отнялась речь, пыталась успокоить больную, но все было безуспешно: речь не восстанавливалась. Девочка пошла домой. Когда она подошла к двери своей квартиры, увидела своего брата. Жестами она показала ему, чтобы он вместе с ней вошел в дом. Там она написала ему на бумажке, что он должен купить на ужин. Мальчик выполнил ее просьбу. Когда вечером вся семья собралась дома, отец вызвал «скорую помощь» и девочку увезли в неврологическое отделение детской больницы. Там у пациентки заподозрили опухоль мозга и сказали об этом отцу. Тот окончательно расстроился: не меньше расстроилась и дочь, узнав, какую грозную болезнь у нее находят. Несколько позже девочку посмотрел более опытный специалист, который посоветовал переправить пациентку в детское отделение психиатрической больницы. При поступлении туда девочка молчала, отвечала письменно, всячески избегала хотя бы в малейшей степени касаться конфликта в школе. Ночью спала плохо: вздрагивала, вскакивала, часто просыпалась. За два дня ее пребывания в психиатрическом стационаре никто не слышал от нее ни одного звука. Это был невротический (в данном случае истерический) мутизм. На третий день меня пригласили проконсультировать ребенка. Была проведена психотерапия с внушением в гипнотическом состоянии на уровне гипотаксии. Сеанс длился 4—5 мин. После его окончания девочка заговорила как ни в чем не бывало. Еще через два дня она была выписана и больше никогда не обращалась к психиатрам.

Лишь перед выпиской девочки отец рассказал, что же с ней на самом деле произошло, отчего отнялась речь.

Эта история — еще одно подтверждение того, что проблема неврозов — проблема человеческого сердца, проблема человеческих ощущений, симпатий и антипатий, обид, горестей, расставаний и встреч; это проблема наших чувств — вечная и прекрасная проблема, одетая в мрачные и драматические одежды, ибо при неврозах все переживания печальные, все разлуки без свиданий, жизнь без надежды, отчаяние без возможности выхода из него.

И ВИНА, И БЕДА РОДИТЕЛЕЙ

Каждый прием больного — это тяжкий труд (если, конечно, врач прилагает максимум усилий, чтобы помочь пациенту). Каждый больной — это нечто неповторимое, сложное, загадочное. Лечат больных по-разному, и результаты, естественно, тоже неодинаковые. Прежде чем мы перейдем к рассказу о нарушениях личности детей и подростков (пока мы касались в основном неврозов и неврозоподобных расстройств), хотелось бы остановиться на некоторых принципиальных вопросах.

Рассказывая о психических нарушениях детского и подросткового возраста, некоторые авторы всячески стараются убедить читателей, что, дескать, ничего страшного в этих расстройствах нет, что современная медицина легко их излечивает, что чудодеи-врачи способны на любые подвиги. В таких случаях переставляются акценты: не нужно перекладывать всю ответственность за лечение на плечи медицинских работников. Конечно, медики исправно выполняют свой долг и помогают многим маленьким пациентам. Но перестроить все общество (в лице конкретных семей, своим неверным поведением уродующих души детей или не помогающих их гармоничному развитию) врачи не в силах. Сколько раз мы убеждались в том, что врач помог ребенку, но когда ребенок вышел из врачебного кабинета и вновь попал в свою ненормальную семью, у него начались все расстройства снова.

Нужно помнить, что у врача — свои обязанности, возможности и цели, а у родителей — свои. Не перекладывать друг на друга ответственность за лечение, а вместе помогать лечению — вот наша общая задача. Не враги или соперники, а друзья и союзники — вот кем должны быть родители и медики. К сожалению, часто бывает иное.

Испуганная мать привела на консультацию тринадцатилетнюю девочку. Та несколько дней назад объявила, что влюбилась в популярного актера и живет лишь одной мечтой — о встрече с ним. «Только сумасшедшая могла до такого додуматься»,— прокомментировала это ее довольно решительная мать и начала наводить справки, кто из врачей мог бы спасти дочь от опасной страсти. Девочке стали давать психотропные препараты, а потом решили попробовать гипноз. Так она оказалась в нашем кабинете.

При клиническом анализе выяснилось, что у девочки нет никаких психических отклонений, а в том, что ей понравился киноактер, не было, кстати, ничего удивительного. В подростковый период метафизические, идеальные представления нередко приводят мальчиков и девочек в состояние влюбленности в каких-либо спортсменов, актеров, космонавтов и пр. Тем самым дети идентифицируют себя с уверенными в себе, добившимися чего-то в жизни людьми. С таких людей подрастающее поколение берет пример, создавая себе модель для подражания. Порой эта влюбленность принимает карикатурные формы, но это не дает оснований обращаться за помощью к психиатру. Это проблемы социальные, и включать их в сферу психиатрии незачем. Мать же хотела с помощью врачей добиться того, чем должна была заниматься сама. Одна из особенностей детской и подростковой психиатрии в том и заключается, что представители этой профессии главным образом дают советы, а как их реализовать — это дело родителей. Иногда эти советы прямые, чаще же косвенные, вытекающие из той или иной клинической иллюстрации. Поэтому, родители,сами делайте вывод для себя из приводимых в нашей книге историй.

Читатели, наверное, уже обратили внимание, что мы рассказываем не обо всех психоневрологических расстройствах у детей и подростков, а лишь о тех, в происхождении и течении которых большое значение имеет родительское влияние. Оно может быть положительным и отрицательным. Если родители всячески контролируют прием лекарств ребенком, заставляют его строго выполнять все советы врачей, если родители относятся к болезни сына или дочери здраво и правильно, то они помогают врачам поскорее излечить их дитя. Неправильное поведение родителей заключается не только в чересчур равнодушном или, наоборот, в слишком опекающем, подавляющем или отвергающем отношении к больному ребенку, но и в том, что очень часто родители становятся причиной болезни их

детей. Нередко именно родители повинны в неврозах и других психогенных расстройствах у детей. Внимательно прочитайте, пожалуйста, матери и отцы, нашу книгу и сделайте разумные выводы. Мы не даем советы на все случаи жизни, мы не выступаем в роли судей, надумавших наставить на путь истинный заблудшие человеческие души. Задумайтесь над тем, к чему приводят конфликты, ненависть, непонимание, дефекты воспитания,равнодушие и жестокость, и сделайте так, чтобы эти отрицательные факты ушли из жизни, не повторялись. Берегите себя и окружающих — в первую очередь подрастающее поколение).

Есть болезни, причиной которых является слепая стихия природы. Но таких расстройств не так много. Основная же масса — это такие расстройства, которые, если не вызываются, то наверняка усиливаются неблагоприятными социальными воздействиями, и предупреждение их всецело зависит от самих людей. Взрослые ссорятся и мирятся — это, как говорится, их дело, но за все их «шараханья» в отношениях друг с другом приходится расплачиваться детям. Ни в одном другом врачебном кабинете не видно так ясно, к каким несчастьям приводят детей импульсивность, глупость, злоба взрослых, как это видно в кабинете детского психиатра. И, как правило, чем зажиточнее люди живут, чем меньше у них детей, тем неразумнее они относятся к своим детям: либо заласкивают их, создают им парниковые условия и тем самым не формируют в них волю к жизни и самостоятельность; либо не обращают на них внимание, и дети растут как никому не нужные золушки; либо унижают, обижают, избивают детей или... Перечислять все крайности родительского поведения можно бесконечно. Во всем нужна мера; если родителей покинуло чувство меры, то они не смогут воспитать гармоничного ребенка.

Врач стремится к тому, чтобы ребенок был здоров — в приложении к психиатрии это заключается в стремлении сделать мальчика или девочку гармоничными. Будет ли ребенок счастлив или талантлив в будущем — это не дело медиков, это дело семьи и общества. Слишком часто родители заставляют ребенка заниматься иностранными языками, фигурным катаньем, живописью и еще многими иными видами деятельности. Всегда ли ребенку это под силу? Всегда ли ему это нужно и интересно? Не пора ли остановиться, задуматься, спокойно сопоставить свои необъятные честолюбивые устремления и скромные возможности дочери или сына?

Как вы уже почувствовали, читатели, детская психиатрия — это особая наука, все в ней мало похоже на то, что бывает в практике хирурга, инфекциониста или врача какой-либо иной специальности. Например, вследствие неправильного воспитания или плохих отношений между членами семьи у ребенка не появится аппендицит или грипп, а вот психические расстройства возникают очень часто. Оттого, что родители постоянно ругаются, у ребенка не будет ни оспы, ни плоскостопия, а невроз может быть. Психологическая несовместимость членов семьи, постоянная напряженность в их взаимоотношениях могут вызвать у ребенка различные болезненные реакции, больше относящиеся к сфере характера. Результаты неблагоприятных социальных воздействий на психику ребенка психиатр видит на каждом шагу. Фактически едва ли не 75 % всех пациентов детского психиатра — это лица, у которых болезнь возникла либо заострилась или выявилась вследствие ссор дома и в школе, неправильного поведения родителей и прародителей (бабушек, дедушек, прабабушек и т. д.), в результате обид, подражания дурным примерам, как реакция защиты собственного достоинства от грубых посягательств со стороны взрослых и пр.

Общаясь, например, с детским хирургом, родители заболевшего ребенка уповают на его профессиональное мастерство, а советы по воспитанию воспринимают как нечто второстепенное, несущественное, а чаще как блажь этого врача, как следствие его неотреагированной и ущемленной страсти поучать человечество. Это не всегда оправданно. Но особенно недопустима такая позиция родителей в общении с детским психиатром. Советы детского психиатра по воспитанию не есть нечто пустое, формальное, никому не нужное. Нет, эти советы и есть лечение. Самое главное, самое существенное!

«БЛАЖЕН, КТО ВОВРЕМЯ СОЗРЕЛ»

Всем людям до поры, до времени свойственны беззаботность, игривость, безответственность, любовь к наслаждениям и многие другие черты, которые называются детскостью, а психиатры именуют их инфантильностью. Обычно все это с годами проходит, но, к сожалению, пока это пройдет, многие психически незрелые субъекты могут совершить много непоправимых поступков, за которые они еще долго будут расплачиваться. Душевная незрелость — одна из самых главных причин правонарушений, алкого-

лизма, наркоманий, многих неврозов и т. д. Инфантильность предрасполагает ко многим антиобщественным явлениям, ее изучением занимаются представители чуть ли не всех областей знаний, в том числе педагоги, медики, юристы и т. д.

У Пушкина есть строки:

Блажен, кто смолоду был молод,
Блажен, кто вовремя созрел.

О тех, кто вовремя не созрел, и пойдет сейчас рассказ.

Приведем пример. Педагоги и родители с тревогой отмечали, что у десятилетнего мальчика много черт психической незрелости: в его характере преобладали качества, более свойственные детям младшего возраста. Они считали, что то, что было естественным для шести-семилетнего ребенка, ненормально для десятилетнего. Поступки по первому побуждению (захотелось — сделал и только потом подумал, стоило ли это делать), беспечность, легкомыслие, безответственность, неспособность довести до конца начатое дело, преобладание игровых интересов, легкая пресыщаемость (ребенок делает только то, что ему интересно, но все ему быстро надоедает, и, не доведя до конца начатое дело, он переключается на другое) — все это типично для инфантильных субъектов.

Мальчик был необыкновенно привязан к матери, не отпускал ее ни на шаг, тревожился, если она поздно приходила домой, по многу раз в день звонил ей на работу — все в его поведении было от младшего возраста и — главное — не в меру.

Учился мальчик неравномерно: если ему что-то нравилось, он легко усваивал и получал хорошие отметки, но все брал наскоком, не любил систематического труда. Его суждения отличались поверхностностью. Легко меняя свое мнение, он не имел стойких убеждений, был чрезмерно внушаем. Одноклассники относились к мальчику без уважения, говорили, что он хвастун, любит приврать, ничего ему нельзя поручить. Родители видели, что отдельные черты характера, свойственные сыну, нередки у многих других детей (в том числе и у сверстников их сына), но у него они были так сильно выражены и так сочетались, что мальчик казался необычным по сравнению со сверстниками. Обратившись за советом к врачу, они узнали, что поведение их сына обусловлено состоянием психического инфантилизма и является в данном случае крайним вариантом нормального (здорового) характера.

А вот другой пациент. Его я, правда, не видел, привожу отрывки из письма его матери:

«Очень прошу Вас помочь моему сыну — с ним никакого сладу нет. Речь идет о нашем десятилетнем, плохо управляемом мальчике, из-за которого я боюсь потерять работоспособность. Этот милый акселерат плохо ведет себя в школе (расторможенный), не хочет делать самостоятельно уроки, помогать по дому. Очень любит привести в дом компанию первых попавшихся детей, перевернуть все вверх дном, а потом уйти в гости к кому-нибудь до десяти вечера. Голодный слоняется по улицам один или может пристать к компании совсем незнакомых мальчишек. Приходит грязный и часто в разодранной одежде. Как-то пошел гулять с товарищем сразу же после школы, полез на дерево, а когда слез, обнаружил, что нет ни портфеля, ни куртки, ни шапки, ни сменной обуви. Страшный фантазер. Плохо сосредоточивается, любой шорох может его отвлечь от уроков. При этом мальчик не без способностей: любит читать, сочинять рассказы и даже стихи, успешно учится играть на трубе, не прилагая при этом много труда.

Мы оба работаем, контролируем занятия сына по телефону. Муж приходит в 20 ч, я — в 17 ч и чаще всего начинаю его разыскивать, потому что мои телефонные команды он не выполняет. Я очень боюсь за сына. Раньше помогали порки, а теперь он и сам готов со мной подраться, да и муж очень возражает против физических наказаний. Последние полгода мы не наказываем его физически, но поведение его совсем ухудшилось. Я подозреваю, что он нездоров. Во время беременности у меня выявлялось небольшое количество антител (в связи с резус-конфликтом), а у сына после рождения развилась незначительная желтуха, которую вылечили очень быстро в результате двух частичных переливаний крови. До года у ребенка наблюдалась небольшая задержка двигательного развития, затем все выровнялось. В саду он отличался большой общительностью, дружелюбием, добротой, но нередки были жалобы на очень медленное одевание и отставание во время прогулок. Школа стала тем пробным камнем, который выявил все недостатки воспитания, а, может быть, и болезнь».

Уже более 125 лет психология и медицина изучают проблему психической незрелости. За эти годы были подробно описаны варианты этой особенности характера, выделены типы их динамики, начаты разработки наилучших форм медико-педагогической коррекции. Несмотря на большие успехи в изучении психического инфантилизма, к насто-

ящему времени эта проблема является все же еще малоизученной, в ней много спорного и малоизвестного. Между прочим, писатели, журналисты, кинематографисты, представители иных творческих профессий в последние годы уделяют много внимания проблеме психической незрелости. И порой они показывают эту проблему куда четче, яснее и беспощаднее врачей, ведь инфантилизм — это проблема социальная, общечеловеческая. Помню, как поразил меня фильм киевского режиссера Романа Балаяна «Полеты во сне и наяву», в котором талантливый кинематографист блестяще отпрепарировал душевные порывы инфантильного персонажа. В своем следующем фильме «Храни меня, мой талисман» режиссер продолжил эту тему. Можно назвать и многих других работников искусств, которые своими произведениями помогают врачам понять сложную, необозримую и очень интересную проблему психической незрелости.

Уже упоминавшаяся профессор Г. Е. Сухарева описала два основных варианта психического инфантилизма у детей и подростков: гармонический и дисгармонический. Различия между этими вариантами нередко условны, существует много переходных форм, да и выражены они бывают неодинаково.

Гармонический вариант психической незрелости — это необычный, но нормальный характер. Обнаруживается подобный тип инфантилизма обычно с семи-восьмилетнего возраста, когда становится заметным отставание темпа психического созревания от возрастных норм: ребенок ведет себя соответственно не своему возрасту, а более младшему. В его поведении преобладают незрелые, плохо контролируемые эмоциональные реакции, свойственные маленьким детям: капризность, жажда удовольствий, быстрая пресыщаемость, игровые интересы, стремление идти по пути наименьшего сопротивления. В школе такие дети отличаются неусидчивостью, неудержимым стремлением к развлечениям, неспособностью сделать своевременный вывод из своих ошибок и из опыта других людей. Им трудно сосредоточиться, их все отвлекает. Всегда беспечные, с повышенным настроением, они легко смеются, но так же легко обижаются и плачут. Их чувства поверхностные и бурные («Бурная река всегда неглубока» — говорит народная мудрость). У многих отмечаются артистические склонности, они любят выступать на сцене, «кривляться».

Когда отмечается слишком медленный темп психического созревания, черты психической незрелости могут еще

сохраняться и даже быть достаточно резко выраженными и в подростковом возрасте. Слабоволие таких подростков, чрезмерная внушаемость и подчиняемость более сильным личностям могут привести их на неправильный путь. Некоторые из них перестают учиться в школе, убегают с занятий (им неинтересно заниматься скучной и однообразной деятельностью), примыкают к «плохим» компаниям, из-за жажды нового и стремления не отстать от своих приятелей пьют вино, курят, не получая, кстати, от этого особого удовольствия. Добрые и отзывчивые, они любят животных, всяческие приключения и романтику, способны сопереживать, любят помогать другим. Инфантильные дети и подростки легко дают обещания правильно вести себя и так же легко забывают о них. Наивность, непосредственность, непредусмотрительность, несамостоятельность в суждениях и поступках обращают на себя внимание педагогов и родителей. «Скорей бы ты повзрослел и стал таким, как твои сверстники»,— говорят родители таким детям, видя в них чрезмерное простодушие, детскость в поведении и суждениях.

К 20—25 годам (у многих людей значительно раньше) гармонический психический инфантилизм бесследно и окончательно проходит, человек как бы дозревает и сравнивается со своими сверстниками.

Чтобы как можно раньше сгладились черты психической незрелости, необходимо соответствующее воздействие со стороны родителей и педагогов. Нужно воспитывать у детей стремление к самостоятельности, выдержанности, умение довести до конца начатое дело, культивировать в таких детях и подростках лидерские свойства, не выраженные у большинства из них, вырабатывать у мальчиков формы мужского поведения. Из-за того, что в наше время большинство мальчиков воспитываются дома и в школе женщинами и будущим мужчинам не всегда есть с кого копировать модели правильного мужского поведения, нередко задерживается гармоничное созревание их психики.

Зная о повышенной внушаемости инфантильных детей, следует оберегать их от «плохих» компаний: психически незрелые люди чрезмерно тянутся к ним и совершают в связи с этим много непоправимых поступков. В некоторых случаях, если нет строгого контроля, может возникнуть болезненное стремление к приему алкогольных напитков и даже наркотиков.

Положительное воздействие на таких детей и подростков оказывает пребывание в военно-спортивных лагерях,

участие в походах, служба в армии. Все это способствует тому, что черты психической незрелости у таких юношей постепенно компенсируются.

Каковы причины такой детскости? Их много, и не все из них хорошо изучены. Одной из главнейших (в ряде случаев единственной) является изнеживающее, инфантилизирующее воспитание, когда ребенок растет в тепличных условиях, когда выполняются все его капризы, когда в семье ребенка искусственно ограждают от сложностей жизни, лишают его самостоятельности, все делают за него. Именно в таких семьях нередко вырастают слабовольные, не способные постоять за себя люди, легко теряющиеся, поддающиеся унынию, панике и идущие по пути наименьшего сопротивления. Это инфантильное формирование характера — оно может быть патологическим и непатологическим. Если неправильное воспитание сочетается с биологическими дефектами ребенка, то это обычно приводит к более заметным формам психической незрелости и они медленнее компенсируются.

Инфантильные субъекты склонны к безрассудным порывам, в том числе и к самоубийству: это бывает при неудачах или из-за желания отдать жизнь за любимого человека либо за ту или иную идею. По этому поводу один детский психотерапевт сказал, что признак незрелости человека — то, что он хочет благородно умереть за правое дело, а признак зрелости — то, что он хочет жить ради этого дела.

Проблема обычной психической незрелости — это проблема не столько медицины, сколько проблема педагогики и психологии.

Второй же вариант психического инфантилизма — дисгармонический — требует не только помощи со стороны родителей, но и врачебного вмешательства. Это более глубокая форма психической незрелости, при которой имеется дисгармония в эмоционально-волевой сфере. Общие же для инфантилизма черты психической незрелости тоже, конечно, сохраняются.

Дети и подростки с дисгармоническим инфантилизмом разные, хотя и имеют много общего. Да и обнаруживается этот тип психической незрелости быстрее, чем вышеописанный.

У некоторых детей с дисгармоническим инфантилизмом, помимо непредусмотрительности, слабоволия, поверхностности и других уже описанных черт психической незрелости, преобладает повышенная возбудимость, взрывча-

тость. Они легко возбуждаются по любому поводу, а иногда и без внешней причины, дерутся, бывают агрессивными и импульсивными. Взрыв эмоций у них, как правило, бурный, но непродолжительный. Эти дети быстро отходят, дают обещание больше не драться, но тотчас же нарушают данное слово. Их агрессивность незлобная и нестойкая, дерутся они в основном ради «справедливости». В драках им обычно достается больше всех, но печальный (собственный и чужой) опыт ничему их не учит, вновь и вновь они повторяют прежние ошибки. В драках получают ушибы головы и сотрясения мозга, что в еще большей степени усиливает их взрывчатость. Возникает порочный круг — в результате все более увеличивается душевная дисгармония.

Многие из-за повышенной драчливости оказываются в поле зрения милиции. Не нужно забывать, что эти дети чрезмерно внушаемы, могут попасть под влияние хулиганов и пьяниц и под их воздействием совершать антиобщественные поступки.

Этот вид дисгармонии отмечается у детей дошкольного возраста, но в дальнейшем примерно у 70—80 % детей он бесследно проходит. Выравнивание характера наступает обычно в юношеском возрасте. У части лиц подобная дисгармония может усугубиться, а компенсаторных возможностей организма оказывается слишком мало, и некоторые из них на долгие годы сохраняют трудный характер. При лечении таких больных следует использовать не только методы, рассчитанные на детей и подростков с любыми чертами психической незрелости, но по назначению врача применять некоторые лекарства, снимающие повышенную эмоциональную возбудимость. Медикаментозная терапия может не понадобиться, если родители и педагоги будут терпеливо и настойчиво воспитывать в ребенке сдержанность, способность контролировать себя и избегать конфликтов.

Среди детей и подростков с дисгармоническим вариантом психической незрелости встречаются субъекты, склонные к фантазированию и лжи. Они не в силах удержать в узде свое воображение, без конца что-то выдумывают, причем стремятся приукрасить свои поступки, чтобы привлечь к себе внимание. Эти дети жаждут признания и думают, что добьются этого ложью, иногда даже сами начинают верить в то, что выдумывают. Такой вид дисгармонии несколько чаще встречается у девочек; слабоволие, неустойчивость и повышенная возбудимость более свойственны мальчикам.

Склонность к фантазированию характерна многим детям, но у лиц с дисгармоническим инфантилизмом она ярче выражена и проявляется в самых разнообразных ситуациях; часто дети уже не в состоянии правильно оценить реальные обстоятельства.

Степень приспособления душевно незрелых людей к требованиям жизни связана с самим фактом психического инфантилизма и с теми расстройствами, которые возникают на фоне эмоциональной незрелости. Хотя инфантильные личности недостаточно понимают сложности отношений между людьми и у них понижено чувство ответственности, отмечается легкая внушаемость и пр., большинство врачей все же считают, что нет оснований для пессимизма: в результате настойчивой работы с ними можно добиться хороших результатов. Инфантильных лиц нужно раньше фиксировать на мысли о необходимости приобретения конкретной профессии, соответствующие профессиональные навыки следует развивать у них с подросткового возраста.

Некоторые инфантильные личности, ознакомившись с приключенческими романами и детективными фильмами, стремятся в армию; надев солдатскую форму, многие из них чувствуют себя первое время уверенными в себе и даже оказываются исполнительными солдатами. Однако глубоко инфантильные субъекты не могут, как правило, служить в армии: они тяготятся дисциплиной, конфликтуют, совершают правонарушения, дезертируют. Бывают, конечно, случаи, когда инфантильные юноши становятся серьезней, осмотрительней, ответственней.

Естественно, что степень психической незрелости бывает различной: если она незначительна, прогноз всегда хороший. Но нельзя спокойно ожидать, пока инфантильный подросток дозреет. Нужно активно способствовать этому, так воспитывать его, чтобы он не натворил глупостей и вовремя понял, что нужно быть предусмотрительным и сдержанным.

В последнее время проблема психического инфантилизма привлекает к себе пристальное внимание судебных и военных психиатров — ведь примерно у каждого пятого подростка-правонарушителя обнаруживается психическая незрелость. Это ставит перед судебными органами ряд сложных вопросов: предлагается, например, при частичном инфантилизме меры уголовного характера сохранять, но при выборе условий содержания таких подростков в местах заключения учитывать особенности их психики или создать для таких лиц особые учреждения воспитательного

типа. Инфантильные правонарушители обычно оказываются в поле зрения судебных органов в силу своей повышенной внушаемости, из-за чего они становятся орудием в руках преступных элементов. Чаще всего это происходит до 25 лет, в последующем эти личности обычно становятся более осмотрительными и реже нарушают закон.

РЕБЕНКУ НУЖНА ЛЮБОВЬ... НО В МЕРУ

Любовь нужна всем, и чем ее больше, тем лучше. От излишка любви никто не умирал и не превращался в инвалида. Любовь — всегда благо.

Так рассуждают многие люди. Их суждения, безусловно, верны. Но вот что думают врачи о границах родительской любви.

Для полноценного развития ребенка необходимо, чтобы он был окружен заботой, лаской, вниманием, чтобы на его — еще малодифференцированные и невыносливые — органы чувств действовало соответствующее возрасту и индивидуальным особенностям количество (и качество!) информации, чтобы по мере усложнения детской психики усложнялся и нарастал объем раздражителей, как бы подготавливающих, тренирующих, обучающих, приспосабливающих к будущей, взрослой жизни. Казалась бы, в наши дни подобные аксиомы не нуждаются в особом пропагандировании. Однако опыт психологов, врачей, педагогов показывает, что, к сожалению, имеется еще очень много родителей, которые по разным причинам не дают школьнику нужного количества эмоциональной информации или, наоборот, заласкивают ребенка, помещают его в тепличные условия, лишают малейшей самостоятельности, превращают в некое инфантильное существо. Крайности сходятся: мало любви — плохо, чересчур много — тоже нехорошо. Избрать правильную позицию в воспитании ребенка очень важно. К сожалению, в наше время родители очень заняты и, как правило, мало времени проводят с детьми (воспитывая их лишь два дня в неделю — в субботу и в воскресенье), не могут постоянно находиться с ними, зачастую откупаются от них игрушками, магнитофонами и т. д. вместо того, чтобы по душам поговорить с сыном или дочерью. Резко возрастает число семей с одним ребенком, да еще рожденным, когда родители давно уже перешли в зрелый возраст. Семья с одним ребенком — са-

мая типичная в наши дни среди служащих и интеллигенции. И тут возникает опасность, что заласканный, не имеющий лишь птичьего молока ребенок может превратиться в тирана семьи или в существо слабовольное, не способное самостоятельно добиваться своего «места под солнцем» из-за того, что он привык, чтобы за него все делали родители, не чающие в нем души.

Нередко инфантильные личности формируются в семьях многих социально полезных и известных людей, полностью погруженных в свои производственные и творческие проблемы и не уделяющих воспитанию собственных детей должного внимания.

Таким образом, проблема качества и количества родительской любви, необходимой для гармонического развития ребенка, выходит за пределы сугубо детского возраста, она имеет большое значение для всей жизни личности.

Ребенок еще не родился, но он нуждается в любви. В 1964 г. испанский педиатр Иеронимо де Могарас описал следующий эксперимент. Он изучал связь между психическим состоянием будущей матери (во время беременности), ее отношением к находящемуся в ее лоне плоду и душевным и физическим развитием родившегося ребенка в первые годы жизни. В одной группе были женщины, у которых предшедствующие беременности окончились неудачей, и поэтому они, страстно мечтая иметь ребенка, очень волновались, как завершится эта беременность. Вторую группу составили будущие матери, которые не желали иметь ребенка. Зачатие наступило вопреки их желанию, и им не удалось вовремя избавиться от плода. В третьей группе были беременные, которые относились к ребенку ровно — с любовью. Таким образом, женщины из первой группы слишком любили будущего ребенка, женщины из второй группы его ненавидели, а женщины, отнесенные к третьей группе, с радостью, но спокойно ожидали его появления на свет.

Когда дети родились, оказалось, что лишь те, которых родили женщины из третьей группы, развивались нормально. Дети же матерей, включенных в первую и вторую группы, имели те или иные отклонения, внешне похожие.

Но вот ребенок родился, мать кормит его грудью и формально выполняет свои обязанности правильно, хотя и без положительных эмоций, без явной, из глубины души идущей и внешне активно проявляющейся любви. К чему это может привести?

Тут следует сказать, что хотя мнения ученых расходят-

ся в понимании последствий недостаточной любви матери к новорожденному, ясно одно: результаты бездушного отношения к ребенку со стороны матери всегда плохи. Многие из вскормленных без любви детей со временем вырастают дисгармоничными, эмоционально холодными, жестокими, бессердечными — некоторые из таких лиц именуются психопатическими.

Психопатия — это проявление стойкой дисгармонии в эмоционально-волевой сфере, это необычно выраженная и уродливо проявляющаяся комбинация обычных человеческих свойств. При этом расстройстве портится характер (становится очень тяжелым и неприятным), интеллект же может быть самым разным. Многие психиатры сходятся во мнении, что истоки психопатии взрослых в биологически обусловленных дисгармоничных отношениях матери и ребенка в раннем возрасте.

Ребенок пошел в детский сад, а затем в школу, и тут возникают многие проблемы, о существовании которых родители прежде и не подозревали. Вот только два примера.

Четырехлетний мальчик, чрезвычайно привязанный к матери и отцу, болезненно относящийся ко всему новому, сугубо домашний ребенок, пошел в детский сад. Точнее, он был насильно, вопреки желанию, отдан в детский сад. Мальчик сопротивлялся, плакал — все было бесполезно: родители твердо решили воспитывать его в условиях коллектива. Прежде они так не думали, прежде им не приходило в голову, что нельзя держать ребенка взаперти, что его нужно воспитывать гармонично, приучать правильно воспринимать все новое. Более того, они попросили воспитателей, чтобы те как можно более требовательно, сурово и решительно относились к их сыну: «Пусть растет мужчиной, а не тряпкой: за всякое непослушание его наказывайте, не жалейте». Воспитатели принялись исполнять просьбу родителей. Через несколько недель в детском саду заметили, что ребенок стал оправляться в белье: и мочевыделение, и дефекация происходили только днем и только в детском саду. Когда ребенка забирали домой, подобных явлений не происходило. Родители привели ребенка на консультацию к специалисту. Тот посоветовал забрать ребенка из детского сада. Родители были раздосадованы: они думали, что врач назначит лекарства, проведет сеанс гипноза или еще что-либо сделает, а он посоветовал то, что им давно уже и самим приходило в голову. Когда они забрали ребенка из детского сада, у него исчезло недержание мочи и кала как реакция протеста против поме-

щения в детский коллектив. Через полгода, когда ребенок успокоился, окреп, его отдали в детский сад — уже в другой, где к нему относились ровно, доброжелательно. Все обошлось нормально. Потом мальчик пошел в школу, с отличием окончил ее и стал известным физиком.

Восьмилетняя девочка была отдана в интернат потому, что ее мать решила еще раз попробовать создать семью. Отношения с девочкой были не совсем обычными. Мать очень много времени отдавала своей работе, она часто бывала в заграничных командировках, выступала по телевидению. Воспитанием девочки занимались беспрерывно менявшиеся домработницы, а с 4 лет девочка постоянно находилась в детских садах и санаторно-лесных школах. Она соскучилась по дому и многократно говорила об этом матери. Та объясняла, что иначе нельзя, что надо терпеть. Когда же в доме поселился отчим, девочка возмутилась: «На меня нет времени, на него есть. Меня в интернат, а его в мою комнату». Отношения матери и дочери накалились до предела. Мать даже перестала приходить за девочкой: она снималась в кино, много времени уходило на нового мужа — было не до дочери. Через месяц после того, как мать перестала приходить в интернат, ее вызвали в школу. Мать ехала туда без особых волнений: она предполагала, что с дочерью ничего страшного не могло произойти. Ну, а тот факт, что девочка ее не видела уже месяц, мать не переживала. В это время ее часто показывали по телевидению, дочь ее наверняка видела и должна гордиться, что у нее такая популярная мать.

Каково же было удивление матери, когда директор объявил, что ее дочь собираются исключить из интерната за почти ежедневное воровство. Девочка ворует на глазах у всех, стараясь попасться, не стыдясь, когда ее поведение обсуждают в классе. Она словно получала удовольствие от того, что ее стыдят и бранят за воровство. Вначале педагоги думали, что девочка стремится воровать, чтобы привлечь к себе внимание, покрасоваться. Потом поняли, что девочка хочет любой ценой быть исключенной из интерната, чтобы побольше побыть в своем доме, со своей матерью.

Услышав обо всем этом, мать попросила разрешения взять дочь домой на несколько дней. Ей позволили. Приехав домой, она жестоко избила дочь и заявила, что если дочь не пообещает прекратить воровство, она уморит ее голодом. Два дня девочка ничего не ела и не просила еды, два дня она молчала. Тогда мать пообещала ей, что через две недели заберет домой, просила потерпеть еще немного.

Девочка с радостью согласилась. Две недели она жила в интернате и вела себя примерно. Но мать забыла о своем обещании, она в это время писала научную моногафию и ей было не до дочери. Девочка вновь принялась за старое. Вновь вызвали мать. Вновь та обещала повлиять на дочь. Вновь избила ее, но после этого обратилась за советом к детскому психиатру, который заявил ей примерно следующее:

— Под страхом смертной казни вас никто не заставлял рожать ребенка. Это был акт сугубо добровольный, радостный. Но иметь ребенка — это не только удовольствие, но и большая ответственность, снять которую никакими производственными или иными аргументами нельзя. Всякий ребенок нуждается в родителях, он требует любви. Это его законное, неоспоримое право, и всякое государство обязано защищать подобное право ребенка. Нет никаких чрезвычайных обстоятельств (войны, голода, землетрясения и пр.), вынуждающих лишить ребенка общения с матерью. Очередная научная монография, еще одно замужество — все это малосущественные доводы в пользу того, что дочь должна находиться в интернате. Сам по себе интернат хороший, девочке в нем нравится находиться, но еще более ей нужна мать. Нужно хотя бы на время — на полгода или на год — взять девочку домой, а дальше видно будет. Окрепнет, насытится общением с матерью, надоест ей домашний уют — вот тогда и можно будет вернуть ребенка в интернат (если в этом еще будет потребность). Никаких лекарств, никаких психотерапевтических вмешательств тут не нужно.

Едва врач закончил, как мать раздраженно проговорила:

— Какой же вы врач? Вы даете советы, а не лечите.

— Правильный совет — это и есть в данном случае самое адекватное лечение. На языке медиков все, что я посоветовал, называется психотерапией средой. Сейчас многие врачи все чаще используют разные виды психотерапии: их много, не менее 200 приемов,— гипнозом или аутогенной тренировкой современная психотерапия далеко не исчерпывается. Лекарства же мы назначаем лишь тогда, когда без них невозможно обойтись.

Мать послушалась моего совета. Когда через 5 лет мы случайно столкнулись с этой женщиной, она рассказала, что все утряслось, что через 2 года дочь была возвращена в интернат, и воровства или иных реакций протеста у нее не было.

НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ ДУРНОГО ВОСПИТАНИЯ

Итак, недостаток любви порождает реакции протеста — психологически понятный, хотя и чрезмерный способ реагирования. Способ в большей или меньшей степени сознательный. Если у взрослых людей реакции протеста разнообразны, то у детей они однообразны: замолчать, оправиться в белье, убежать из дому, своровать — вот, пожалуй, и все. У ребенка преобладают пассивные реакции протеста. Систематические активные реакции (например, с дракой) появляются уже в более позднем возрасте: после 8—9 лет.

Какие виды неправильного родительского воспитания могут привести к дисгармоническому формированию личности школьника?

К этому приводит неправильное воспитание, когда к ребенку относятся недоброжелательно, унижают, обижают его, даже презирают. Он становится неуверенным в себе, уходит в мир фантазий, не может себя отстоять. Подобный «задавленный» ребенок вряд ли в будущем сможет стать жизнерадостным, активным, способным к самозащите.

Если имеет место гипоопека (недостаточная забота), ребенок вырастает чаще всего расторможенным, суетливым, раздражительным, вспыльчивым. Многое тут зависит от того, с кем такой ребенок подружится. Если поведется с лицами антисоциального направления, то и сам станет таким (это чаще всего и бывает). Когда на школьника не обращают никакого внимания, он предоставлен самому себе и у него оказывается слишком много свободы, то нередко такой подросток попадает под дурное влияние. Уличные компании, драки, хулиганство, детская комната милиции — вот обычный путь детей, родители которых не хотят заниматься их воспитанием.

Воспитание по типу гиперопеки, когда с ребенка сдувают пылинки и он лишен любой формы самостоятельности, живет в оранжерейных условиях (родители, бабушки и дедушки души в нем не чают, совершенно подавляя малейшее стремление к независимости), тоже не способствует формированию гармоничной личности. Строжайший контроль за каждым шагом школьника, педантичное исполнение им всех требований приводят к тому, что он становится мнительным, тревожным (вдруг что-то не так сделал), неуверенным в себе, а нередко и психически

незрелым. Таким детям постоянно напоминают, что общаться можно не со всеми детьми (этот лентяй, у этого мать скандалистка, у того отец пьяница, с этим мальчиком не дружи, и с тем тоже, и с тем...), что нужно строго выполнять определенные правила. Ребенок лишается полноты ощущений, он руководствуется лишь родительскими наставлениями.

Карикатурным выражением гиперопеки является длительное и сознательное культивирование в ребенке стремления казаться оригинальным, необычным, предназначенным для какой-то высшей цели. Чаще всего подобные кумиры семьи вырастают совершенно никчемными людьми, эгоистичными, капризными, переполненными нереальными амбициями и психически незрелыми. Самостоятельности, ответственности, обязательности у них, за редким исключением, не бывает. Тираническая, некритичная, безграничная любовь родителей уродует души таких детей.

В 60-х годах западные специалисты описали особый вид неправильного воспитания, который они назвали «воспитанием наследника престола». Ребенок живет в зажиточной, добропорядочной семье, члены которой занимают высокое служебное или общественное положение. Ребенок приучается к тому, что его родителей часто показывают по телевидению и в кино, они на виду. Родители много внимания уделяют своей карьере, что есть сил поддерживают свой высокий социальный престиж. Будучи, как правило, людьми с сильной волей и большим даром подчинения себе, они нередко, даже помимо своих желаний, подавляют самостоятельность собственных детей, а те знают, что все равно все за них решат родители, что по наследству им в той или иной степени перейдет высокий общественный престиж, становятся слабовольными, несамостоятельными, легкомысленными. Как это ни странно, но подавляющее большинство таких детей лишены контакта со своими родителями и многие из них живут в условиях своеобразной гипоопеки: родители постоянно заняты, они передоверяют воспитание детей дальним родственникам или случайным людям. Чтобы ребенок не предъявлял к ним претензии, они откупаются от него модными вещами, фактически предоставляя детям полную и бесконтрольную свободу, а потом удивляются, отчего дети с годами становятся тунеядцами, алкоголиками или преступниками. «Природа отдыхает на детях великих людей» — говорит старая поговорка. Но следует задуматься, отчего же природа захотела отдохнуть именно на таких детях. Причин

тут много, одна из них такова. Загипнотизированные реальными достоинствами своих родителей, дети не хотят стать выше и лучше их, у них опускаются руки, и вместо того, чтобы самостоятельно добиваться места в жизни, отпрыски ждут, когда им безо всяких усилий с их стороны перейдет «престол», то есть связи, деньги, слава предков,— себя они считают законными и единственными наследниками его.

Наши заметки — это не обвинительное заключение против родителей и не свод советов, что делать и чего не делать. Наша задача — обратить внимание родителей на то, как они воспитывают своих детей, все ли делают в меру и с точки зрения здравого смысла.

Более 40 лет в Европе нет войн, ликвидированы всевозможные социальные катаклизмы, прежде уродовавшие жизнь подрастающего поколения. Сейчас возникли иные поводы для опасения, о некоторых из них мы рассказали, о некоторых расскажем ниже.

В конце 50-х годов крупнейший английский ученый и писатель Олдос Хаксли (1894—1963 гг.) сказал: «Дайте мне хороших матерей и я сделаю мир лучше». На это ему ответил французский врач Серж Лебовиси: «Хорошие матери могут быть только в гармоничном обществе». Оба автора в полемическом задоре ударились в крайности, но рациональное зерно в их высказываниях безусловно есть. Над этим должны задуматься все матери и все отцы — и хорошие, и плохие. Чтобы всем стать как можно лучше.

АМАЛА, КАМАЛА, КАСПАР...

Бывает ли так, что ребенок с раннего детства лишен общения с себе подобными? Как это отражается на его психическом развитии? Не будем касаться всех сторон этой проблемы, приведем лишь несколько примеров — наиболее достоверных и убедительных.

В октябре 1982 г. «Комсомольская правда» сообщила необычную историю: геологи, работавшие на границе Хакасской и Горно-Алтайской автономных областей, неожиданно обнаружили семью, с 1936 г. полностью оторванную от людей. Семья состояла из 5 человек: двух братьев, двух сестер и восьмидесятилетнего отца.

Ревностные староверы, Карп Осипович Лыков и его жена вместе с двумя детьми ушли в свое время от людей, жили натуральным хозяйством, не знали, что была Великая Отечественная война, что по небу летают космические

корабли, человек вступил на Луну... Ничего не ведали эти фанатики. В тайге у них еще родились сын и дочь. Так и прожили бы они всю свою жизнь, если бы на них случайно не натолкнулись геологи, а писатель Василий Песков потом не отправился в глухую тайгу и не опубликовал бы серию очерков об этом семействе.

Лыковы-младшие, родившиеся в тайге, не были полностью изолированы от людей, поэтому они не потеряли речь, не остались малоумными, фактически они не очень отличаются от людей, живших полноценной и полнокровной жизнью.

Публикация в «Комсомольской правде» уже в который раз всколыхнула общественность: вновь стал активно обсуждаться вопрос о том, как может развиваться психика людей, полностью или частично оторванных от людей, может ли ребенок, с раннего детства лишенный полноценного человеческого общества, вырасти гармоничным и разумным. В этих спорах — порой очень ожесточенных — необходимо сохранять известную осторожность, так как на современном этапе развития науки нет еще достаточных сведений, убедительно показывающих правильность какой-либо точки зрения. Ясно только одно: очень часто дети, надолго оторванные от людей (особенно до пяти-шестилетнего возраста), вырастают психически неполноценными.

В 1941 г. выдающийся английский психолог Арнольд Гезелл (1880—1961 гг.) опубликовал книгу «Дети волков и человеческие дети: история жизни Камалы». В этой работе приводятся краткие данные о 32 «Маугли», причем большая часть книги посвящена жизни двух девочек, обнаруженных в окрестностях Калькутты в 1920 г. Местные жители рассказывали, что в джунглях живут некие человекообразные существа — две девочки, которые передвигаются на четырех конечностях, издают нечленораздельные звуки, обитают в волчьем логове вместе с несколькими волками и волчицами (как тут не вспомнить легенду об основании Рима двумя братьями — Ромулом и Ремом, вскормленными молоком волчицы). Один из местных христианских священников решил разыскать девочек, о которых ходило так много слухов. Это ему удалось. Старшей девочке (священник назвал ее Камалой) было примерно 7—8 лет, младшей — Амале — не более 4—5. Священник определил их в детский приют, который сам возглавлял, и стал наблюдать за их развитием. Те не были людьми в полном смысле слова: они ели только сырое мясо, разрывая его зубами, не говорили и не понимали чело-

веческую речь, ночью бродили на четвереньках по приюту и по-волчьи выли. Жена священника удочерила девочек и попыталась привить им человеческие навыки. Однако Амала через год умерла, ни на йоту не приблизившись к чему-то похожему на полноценного человека. Камала прожила еще 8 лет и умерла примерно в семнадцатилетнем возрасте. За все эти годы с ней постоянно занимались педагоги, чтобы вернуть девочке человеческий облик. К четырнадцатилетнему возрасту Камала уже научилась (правда, с грехом пополам) пользоваться стаканом, ложкой, понимала около 30 слов, иногда даже стыдилась выходить на улицу раздетой и передвигаться на четвереньках. Тем не менее человеком она не стала: как и прежде, по ночам по-волчьи выла, скулила, оправлялась по волчьи и пр. Произносимые Камалой звуки неоднократно записывали на пластинки, которые находятся в большинстве крупных музеев мира. Кто были родители девочек, как они попали в волчье логово,— неизвестно.

Другим более или менее достоверным свидетельством о ребенке, воспитывавшемся вне полноценного человеческого влияния, является история некоего Виктора, описанная доктором Жаном Итаром. Его книга «Виктор из Авейрона» в последний раз была переиздана в Цюрихе в 1965 г. с предисловием крупнейшего швейцарского специалиста Якоба Лутца, пытавшегося проанализировать историю этого человека с современных позиций.

В 1797 г. охотники поймали в окрестностях французского города Авейрона необычное животное: внешне это был человек примерно двенадцатилетнего возраста, но вел он себя, как обезьяна, не знал человеческой речи и т. д. Мальчик, названный Виктором, был отдан на воспитание уже знакомому читателям парижскому врачу Итару, который всячески стремился превратить его в человека. Несмотря на большие усилия, Итар потерпел поражение: хотя с годами Виктор несколько очеловечился, он так и не стал человеком, даже не приблизился к людям. Виктор умер в 40-летнем возрасте.

Судьба Виктора заинтересовала людей разных стран, ее обсуждали с необычайной горячностью. Споры не утихают и по сей день, хотя дискуссия идет главным образом о том, кем был Виктор, каково его происхождение, каким образом он попал в лес и пр. Бесспорно лишь одно: несмотря на гигантские усилия одного из самых крупных специалистов своего времени, Виктор не смог стать человеком — он остался фактически полузверем.

Истории, подобные истории Виктора, и в прошлом, и в настоящем часто брались и берутся за основу различных художественных произведений. Будучи загадкой науки, они стали темой романов, поэм, кинофильмов, авторы которых на модели всевозможных викторов показывали сложнейшие и тончайшие психологические проблемы.

Например, в новелле П. Мериме «Локис» описывается эпизод, происшедший в 1661 г. в Литве, когда был обнаружен человек, воспитывавшийся медведицей и сам ставший полумедведем. Однако самой необыкновенной и максимально достоверной является следующая история.

В конце 1833 г. в Нюрнберге был похоронен юноша, на могиле которого написали: «Здесь покоится Каспар Хаузер, загадка столетия. Его происхождение неизвестно, таинственна и его смерть».

Кто такой Каспар Хаузер? Если суммировать сведения об этой личности, то биография загадочного юноши будет выглядеть следующим образом.

В мае 1828 г. на одной из нюрнбергских улиц был замечен странный молодой человек, державший в руке записку, адресованную офицеру расквартированного в городе драгунского полка. В записке указывалось, что податель ее родился 20 апреля 1812 г. и что он может быть хорошим солдатом. Обращало на себя внимание необычное поведение юноши. Он не говорил ничего, кроме трех фраз: «Хочу быть солдатом, как отец», «Не знаю», «Лошадиный дом». Произносил он эти слова очень странно, словно лишь недавно их выучил. Произношение было похожим на воркование (между прочим, подобное произношение заметил В. Песков у Лыковых). Других слов юноша не знал и в ответ на любое обращение мычал, таращил глаза или молчал. Юноша не употреблял иной пищи, кроме воды и хлеба. Складывалось впечатление, что он привык лишь к этой пище и никакой другой не пробовал. Он прекрасно видел в темноте, но плохо — при ясном свете. Поэтому было высказано предположение, что молодой человек привык жить лишь во мраке. Когда ему дали карандаш и бумагу, он что-то стал рисовать и писать, но разобрать можно было лишь два слова «Каспар Хаузер». Решили, что это его имя, и стали так обращаться к юноше. Он же никак не реагировал на подобное обращение. Имя Каспар Хаузер прочно закрепилось за нюрнбергским найденышем.

Из записки, которая была в руках юноши, когда его обнаружили на улице Нюрнберга, вытекало, что он один из десяти детей некоего бедного человека и что 16 лет он про-

вел в полной изоляции от людей, не получая никакой информации из окружающего мира.

У Каспара было множество двигательных нарушений, словно он всю жизнь находился в тесном помещении или лежал на соломе. Его ноги были искривлены, он был крайне неуклюж, его движения были совершенно некоординированными. Со временем Каспар Хаузер стал много двигаться, но так и не научился ходить, как нормальный человек. Молодой человек обнаруживал поразительное невежество в самых элементарных вещах и был похож по своему умственному развитию на животное или на психически очень недоразвитого субъекта. Поэтому многие нюрнбергцы стали склоняться к мысли, что юноша — идиот, покинутый своими несчастными родителями, потерявшими всяческое терпение или средства воспитывать и содержать неизлечимо больного ребенка. Но было замечено и другое: чем больше Каспар жил среди людей, тем быстрее он обретал человеческие навыки. У него была феноменальная память, он обладал сообразительностью и любознательностью. Юноша относительно легко усваивал получаемую информацию и использовал ее соответственно назначению.

Жители Нюрнберга объявили его приемным сыном города и передали на воспитание доктору Георгу Даумеру. Тот интенсивно учил воспитанника человеческим действиям, многое рассказывал Каспару, стремясь к тому, чтобы юноша как-то наверстал упущенное и сравнялся со своими сверстниками. Помимо этого ученый пытался узнать нечто новое, проливающее свет на происхождение Каспара Хаузера (ходили слухи, что Каспар — незаконный сын племянницы Наполеона и баварского герцога). Нюрнбергский магистрат периодически извещал жителей о тех новых сведениях, которые удавалось получить от юноши. В одном из официальных бюллетеней, в частности, указывалось: «Он не знает, кто он такой и откуда пришел, ибо только в Нюрнберге он увидел божий свет. Он все время жил в какой-то лачуге, где сидел на охапке соломы, брошенной на землю. Он никогда не слышал звуков жизни, не видел солнечного света. Он пробуждался, засыпал и снова просыпался. Когда он пробуждался, то находил возле себя ломоть хлеба и ковшик воды. Иногда вода казалось ему чуть горькой, и тогда он вновь засыпал, а когда просыпался, то обнаруживал себя в чистой рубашке. Но он не видел человека, который приходил к нему. Игрушками ему служили две деревянные лошадки и несколько ленточек.

Он никогда не болел, никогда не чувствовал себя несчастным. Только один раз тот человек ударил его из-за того, что он слишком шумно возился с игрушками. Однажды человек пришел в лачугу и положил ему на колени доску, на доске лежало что-то белое, человек, вложив в пальцы мальчика карандаш, стал водить им по белому и рисовать черные знаки. Так человек проделал несколько раз; а когда он ушел, Каспар сам попробовал изобразить то, что рисовал его рукой человек. Потом человек научил его стоять и ходить и, наконец, взял его из лачуги. Что произошло потом, Каспар не знает, он только помнит, что оказался в Нюрнберге с письмом в руке».

В течение нескольких лет доктор Даумер, доктор Иоганн фон Фейербах (отец великого философа) и многие другие крупные ученые и просто образованные жители Нюрнберга пытались научить Каспара читать и писать. Это им удалось. Каспар стал хорошо говорить и понимать обращенную к нему речь. Но многое в его поведении по-прежнему оставалось странным, хотя теперь всем было видно, что он не идиот.

НИЩИЕ ДУХОМ

Тут мы бы хотели прервать наш рассказ и в самых общих чертах посвятить читателей в то, как современная наука понимает сущность психического недоразвития.

Состояния слабоумия бывают различными не только по степени выраженности, но и по своей клинической картине, обусловленной причиной, вызвавшей это расстройство, а также разнообразными сопутствующими факторами.

Выделяются врожденные и приобретенные формы слабоумия. Врожденные формы называются олигофренией, приобретенные — еще с начала прошлого века именовались деменцией. Олигофрен родился нищим духом, а человек с дементным пороком был богачом, но утратил свое богатство вследствие психического заболевания — так французский психиатр Эрнест Шарль Ласег (1816—1883 гг.) характеризовал эти две формы интеллектуального дефекта. Олигофрения — это сборная группа самых различных заболеваний, общим для которых является врожденное или рано приобретенное (до двух-трехлетнего возраста) недоразвитие высших психических процессов — в первую очередь интеллекта. У олигофрена может быть хорошая или плохая память, но общим для всех является слабость абстрактно-логического мышления. Что-то

запомнить он может, но объяснить смысл, обобщить, проанализировать он не способен в такой степени, в какой это доступно интеллектуально полноценному сверстнику.

Олигофрения — достаточно стабильное расстройство, оно не нарастает, а с годами, как правило, внешне уменьшается (но только внешне — суть же остается прежней). С годами олигофрен в той или иной степени приобретает навыки, знания, иногда может к слову и к месту вставить то или иное удачное выражение, но смысл явлений ему малодоступен.

Американские психиатры термин «олигофрения» не употребляют так часто, как европейские. Они предпочитают говорить об умственной отсталости. Этим термином они называют разные виды пониженной интеллектуальной деятельности, сформировавшиеся в период становления личности. В индустриально развитых странах примерно у 3 % населения определяется умственная отсталость. Впрочем, поскольку в разных странах разные критерии оценки умственной отсталости, то подобные цифры признаются далеко не всеми. Как бы там ни было, но число умственно отсталых во всем мире растет. Это связано не только с улучшением диагностики, ранней выявляемостью психических заболеваний и т. д., но и с усложнением школьных программ: чем сложнее программы, тем больше диагностируется психических аномалий, при которых некоторые дети не способны равномерно и эффективно усваивать новую информацию. Дело тут не в степени информированности, а в существе дела. Иначе всех неграмотных можно было бы отнести к олигофренам. Дело в сообразительности, умении схватить информацию на лету, быстро понять смысл явления.

Умный от глупого отличается умением выделить главное, понять скрытый, не лежащий на поверхности смысл, увидеть взаимосвязь процессов. Порой олигофрен вроде бы знает много, но это не творческие знания: тут такое же различие, как между информированностью и образованностью. Олигофрен в лучшем случае информирован — не более. Он не способен к сложному творчеству.

Как и опытный кроссвордист, который мгновенно решает кроссворд, но все равно не является глубоким специалистом, не является образованным,— он всего лишь информирован. Но порой информированность мы принимаем за образованность. Так и с олигофренами: иногда их не разглядывают вовремя, принимая информированность, натасканность за способность к настоящему

абстрактно-логическому мышлению, свойственному психически гармоничному человеку, мышлению, без которого нет ни ума, ни разума.

Каковы причины олигофрении? Их множество. Вот главные.

По мнению ряда авторов, не менее трех четвертей всех случаев олигофрении вызваны поражением развивающегося мозга ребенка, пока он пребывает в лоне матери. Сюда же относится и наследственная олигофрения, так как многие наследственные болезни обмена веществ, нарушающегося внутриутробно и в первые 2—3 года жизни, сопровождаются выраженной умственной отсталостью.

Пьянство родителей, болезни матери в период беременности, тяжелые роды — это и многое другое могут приводить к разнообразным физическим и психическим уродствам ребенка.

Тему изломанного детства, причиной которого бывают разные неблагоприятные факторы, в том числе и пьянство матерей, хорошо раскрыл в рассказе «Страсти-мордасти» Максим Горький. Писатель рассказывает о семье, находящейся на самом дне жизни. Мать — пьяница и проститутка, сын — от рождения безногий. Оба влачат жалкое существование. Мать ко всему еще больна сифилисом. От такой женщины не может родиться полноценный ребенок.

По выраженности интеллектуального дефекта все олигофрении делятся на три степени: примерно у 75 % всех олигофренов отмечается легкая степень недоразвития интеллекта (дебильность), у 20 % — средняя степень (имбецильность) и у 5 % — идиотия. Дебилы учатся во вспомогательной школе; олигофрены с легкой степенью дебильности приспосабливаются к условиям жизни намного лучше, чем дети с выраженной дебильностью, но все же и те и другие не становятся полноценными. Выделяют простые, атипичные и осложненные формы олигофрении.

Пока мы говорили только о простых формах олигофрении, при которых структура психического дефекта равномерна и приспособляемость определяется степенью интеллектуальной неполноценности. При атипичных формах наблюдается неравномерная структура умственного недоразвития: что-то явно недоразвито, а что-то развито хорошо или даже отлично. Чаще всего в жизни встречается осложненная олигофрения, когда наряду с типичными для этой болезни нарушениями интеллекта выявляются и другие психопатологические синдромы, не имеющие к

олигофрении прямого отношения, но, как правило, вызванные теми же причинами, что и умственный дефект. При осложненной олигофрении бывают судорожные припадки, расстройство поведения, а также другие нарушения, входящие в компетенцию психиатра. Иногда олигофрения сочетается с параличами, другими двигательными расстройствами.

Если причина олигофрении известна, говорят о дифференцированных олигофрениях, в отличие от недифференцированных, когда выделить основную причину болезни не удается. Болезнь Дауна и болезнь Феллинга, о которых мы рассказывали в начале книги, считаются классическими видами дифференцированных олигофрений.

Некоторые (в первую очередь грубые) формы умственной патологии заметны с раннего детства, но значительная часть их выявляется ко времени определения ребенка в школу. Иногда, проучившись в первом классе обычной школы, такой ребенок направляется на медико-педагогическую комиссию, которая решает, в какой школе — обычной или вспомогательной — ему учиться в дальнейшем. Отбирать детей во вспомогательную школу — всегда нелегко. Это требует от врача большого внимания, здравомыслия, терпения и мужества. Тут порой непросто отличить умственную отсталость от временной задержки психического развития, хотя и вызванной теми же причинами, что олигофрения.

Дети с временной задержкой психического развития должны учиться не во вспомогательных школах, а в специальных школах для таких детей и классах «выравнивания» массовых школ, где в условиях меньшей наполненности классов специальными занятиями осваивают массовую программу.

Причины задержки психического развития те же, что и олигофрении, но все-таки роль сугубо биологических факторов тут не превышает роли сугубо социальных причин. К последним, в частности, относится недостаточная подготовка детей к школе, вследствие чего им трудно учиться. Вина всецело ложится на родителей, которые уделяют детям мало внимания. Недостаток положительных и своевременных социальных влияний может вызвать состояние детренированности психических процессов, поэтому продуктивность ребенка может быть низкой, а это приводит к дальнейшему социальному расслоению, ибо биологически примерно одинаково развитые сверстники оказываются в психическом отношении разными: одни выносливы, со-

образительны, приучены к интеллектуальному труду, другие — нет. Впрочем, в отношении такого механизма задержки психического развития существует много мнений. Бесспорно лишь то, что такие расстройства встречаются очень часто.

Допустим, у ребенка церебрастенический синдром, о котором мы уже говорили. Такому ребенку трудно успевать за сверстниками, он быстро устает. Если церебрастению своевременно не подлечить, то постепенно будет накапливаться дефицит информации и ребенок начнет заметно отставать от сверстников, но не по части сообразительности, а по части продуктивности занятий.

При наличии у школьника синдрома двигательной расторможенности тоже возможны внешние признаки задержки психического развития. Ведь такой ребенок за все хватается, ни на чем не может остановить свое внимание. Вот и появляется дефицит информации. Тем более что педагоги с такими детьми занимаются мало.

При всех задержках развития страдает не абстрактно-логическое мышление, а выносливость, продуктивность, информационный запас. Однако нередко бывает трудно сразу же решить, что у ребенка — задержка психического развития или легкая дебильность. Иногда не стоит торопиться с окончательным выводом. Понятно, что прогноз задержки психического развития обычно благоприятнее прогноза олигофрении в степени дебильности.

Проблеме олигофрении уделяется большое внимание в большинстве стран, ею занимаются не только врачи (психиатры, невропатологи, физиологи, педиатры и т. д.), но и педагоги-дефектологи.

НА ПУТИ К ЛЮДЯМ

При олигофрении резко нарушена способность к абстрактному мышлению. Арифметика, алгебра и другие предметы, требующие сообразительности, недоступны олигофренам. Тот факт, что Каспар Хаузер быстро усвоил многие операции (если верить публикациям), подтверждает, что он действительно был не так малоумен, как казался на первый взгляд.

Возвратимся же к прерванному рассказу о Каспаре Хаузере. Однажды он объявил, что намерен изложить автобиографию (для больного олигофренией это исключено), но после этого произошло таинственное событие: на Каспара Хаузера было совершено нападение. Некий

человек (по словам юноши, «с черным лицом») ударил его ножом в лоб. Каспар остался жив, хотя и потерял много крови. Нюрнбергскому магистрату стало ясно, что кто-то, возможно, заинтересован в том, чтобы Каспар не выболтал что-то важное, что юношу хотят убить. К нему приставили двух телохранителей и разрешили английскому аристократу, жившему в этих местах, лорду Стенхоузу, усыновить Каспара. Вскоре оба переехали в городок Ансбах и поселились у доктора Майера. Последний пришел к выводу, что у Каспара ум восьмилетнего ребенка.

Каспар почему-то стремился в Нюрнберг, но его желанию не удалось сбыться: вечером 17 декабря 1833 г., когда он находился в городском саду, кто-то ударил его ножом в левую половину груди. Рана оказалась серьезной, и через три дня юноша умер. Перед смертью он рассказал, что незнакомый человек якобы предложил ему рассказать о тайне его рождения, увел в городской сад и там ударил ножом. Каспар унес с собою тайну рождения. Вряд ли она может быть раскрыта за давностью лет, тем более что в конце второй мировой войны часть архивных документов, касающихся Каспара Хаузера и тщательно хранимых в Нюрнбергском магистрате, была уничтожена во время бомбежки.

Еще при жизни нюрнбергского юноши весть о нем разнеслась по всему свету. Русские газеты, например, напечатали о нем информацию под заголовком «Каспар Гаузер, дикóй человек».

Если людей искусства интересовала судьба нюрнбергского найденыша в романтическом и лирическом плане, то медики и педагоги часто использовали этот образ в качестве примера того, к каким необратимым последствиям может привести длительная изоляция ребенка с раннего возраста от человеческого общества, как деформируется характер, если хрупкая, податливая психика ребенка лишена соответствующих человеческих воздействий, ласки, общения с себе подобными. Весь этот комплекс явлений в науке именуется синдромом Каспара Хаузера.

В первой трети XIX в. ученые мало дифференцировали различные формы слабоумия. Да и в наши дни это не всегда удается. Поэтому сейчас невозможно сказать, какой диагноз наиболее точно отражал бы психическое развитие Каспара Хаузера.

Ну, а в наши дни не бывает таких историй? Как психиатру мне пришлось столкнуться с несколькими детскими судьбами, изувеченными с раннего детства.

На окраине одного из южных городков проживала

семья. Главе ее было 67 лет, он был душевнобольным и по 4—5 мес в году проводил в психиатрической лечебнице. Его жене было 48 лет. Это была добрая, но примитивная женщина, всецело попавшая под влияние своего мужа. У мужа был бред преследования: ему мнилось, что его хотят отравить или застрелить. Поэтому он и его доверчивая и замордованная сумасшедшим мужем жена принимали меры предосторожности: ни с кем не общались, воду брали из колодца, что на другом конце города («чтоб не отравили»), продукты стерилизовали и пр.

Однажды их обоих отправили в психиатрическую лечебницу. Через три дня соседи услышали, что в доме кто-то стонет. Вызвали милицию, взломали дверь и обнаружили пятилетнюю девочку. Изумлению соседей не было предела: им и в голову не приходило, что в этом доме мог жить ребенок. Вид девочки был ужасен: бледная, какая-то обескровленная, немая, она испуганно озиралась по сторонам. Девочку отправили в больницу, где мне и пришлось ее консультировать, когда я находился в командировке в тех местах. Оказалось, что девочка была где-то украдена. Боясь соседей и всех иных мнимых преступников, приемные родители лишили девочку общения с детьми. С ними она охотно разговаривала, пела песни — все вполголоса, чтобы соседи не услышали. Дома не было ни телевизора, ни радио. Так девочка и жила. Знала она мало, всех боялась. Когда мы ее консультировали, она не производила впечатления умственно отсталой, но запас информации у нее был очень маленький. Говорить, что она больна олигофренией или имела другую форму слабоумия, не приходилось.

Через несколько лет я вновь посетил город, в котором произошла эта кошмарная история. Местные коллеги рассказали, что девочку удочерили интеллигентные люди. Они много занимаются с ней, та учится в массовой школе, ничем не отличается от сверстников. Вот так благополучно закончилась эта история. К сожалению, подобный финал очень редок, чаще он бывает куда хуже.

РЕБЕНОК НЕ СТАЛ РОДНЫМ

На консультацию пришли приемные родители взятого из детского дома ребенка.

— Доктор, мы взяли ребенка из детского дома, три года относились к нему, как к родному, а он нас ненавидел, безобразничал, поджигал вещи, выбросил с балкона кол-

лекцию кактусов и т. д. Одним словом, это исчадие ада, хуже «вождя краснокожих» из рассказа О'Генри. Что нам делать? Может, лучше вернуть ребенка в детский дом?

— Для кого лучше?

— Для ребенка, конечно.

— Не наводите тень на ясный день: понятно, что лучше для вас, а не для ребенка.

— Ну, хотя бы для нас.

— Когда вы усыновляли ребенка, вы давали обещание относиться к мальчику, как к родному. Ну, а если бы родной сын вел себя так же, как приемный, вы бы отказались от родного сына?

— Так то родной сын, а этот — совсем другое дело: родился он от какого-то уголовника и проститутки, они наградили его своими ненормальными генами, да зачали еще в пьяном виде, а нам за это мучиться.

— Никто вас не неволил: по своему желанию взяли ребенка из детского дома...

— Это наше дело, и нотации нам не читайте.

— Чего вы хотите?

— Мы хотим получить официальное заключение о том, что ребенок страдает неизлечимой душевной болезнью и поэтому мы имеем право вернуть его в детский дом.

— Все справки выдаются лишь в ответ на соответствующий официальный запрос. Он у вас имеется?

— Нет, мы его принесем.

— Заодно приведите и ребенка. Посмотрим на него, назначим лечение, если понадобится. Может быть, госпитализируем. Лишь когда исчерпаем все возможности терапии, тогда и дадим справку о том, каким заболеванием он страдает (если оно, конечно, есть). Что же на основании этой справки решат органы просвещения и социального обеспечения, мы заранее предсказать не можем.

Проблема приемных детей в конце XX в. куда более сложная, чем раньше. Очень наглядно это видно из книги «Дети в эрзацсемьях», выпущенной под эгидой западногерманского филиала Международного общества воспитателей детских приютов в 1974 г. и переизданной шестью годами позже. Ее авторы — психотерапевты, психологи, юристы, социальные работники, служители культа, живущие чуть ли не во всех значительных населенных пунктах ФРГ. Книга вышла в серии, пропагандирующей «лечение людей с помощью людей». Учитывая название серии, книга не носит сугубо медицинский характер, а имеет отношение к психологии и лечебной педагогике, составляющим

вместе с психотерапией в узком смысле слова современную психотерапию детей и подростков.

Название монографии многопланово, неоднозначно. Эрзац-семья — это не только неблагополучная или неполная семья, далекая от идеала гармоничной семьи. Этот термин означает и пребывание в приюте или жизнь в семье, усыновившей или удочерившей ребенка, но где к ребенку плохо относятся. В основном в монографии речь идет о приемных детях и о детях, живущих в детских приютах. Книга посвящена многим вопросам, в том числе и вопросу, испокон веков волновавшему человечество: что делать с детьми, живущими в неполноценных семьях? Равнодушно смотреть, как в таких семьях будут физически и нравственно уродовать детей, а потом констатировать у них психопатию, алкоголизм или неврозы, или, невзирая на сопротивление родителей, активно и целеустремленно бороться с тлетворным воздействием этих суррогатов нормальной семьи? И что такое неблагополучная семья? К таким семьям авторы сборника относят семьи, в которых имеются душевнобольные (в том числе психопаты), личности с креминальными тенденциями, субъекты с половыми извращениями и пр. Где точка отсчета — какая семья благополучная для ребенка, а какая нет? Критерием является отношение к ребенку, поэтому некоторые внешне благополучные семьи являются неблагополучными в плане воспитания детей, и наоборот. Чаще же всего семьи с криминальными, психопатическими и прочими аномальными социобиологическими тенденциями являются неблагополучными и по отношению к ребенку.

Есть еще одна сторона проблемы: дети из этих семей нередко оказываются в детских приютах, а оттуда попадают к приемным родителям — вот тут-то и начинаются для новых родителей неожиданные проблемы, о существовании которых они прежде и не подозревали. Для приемных же детей эти проблемы — лишь продолжение тех психиатрических и психологических проблем, которые сопутствовали им с того дня, когда они были зачаты своими биологическими родителями.

Ну, а если ребенок долгие годы находится в детском приюте — какие психологические и психопатологические пертурбации могут происходить в его душе и что сделать, чтобы их не было? В большинстве современных высокоиндустриальных стран, много десятилетий не испытывающих войн, голода и т. д., подавляющее число детей, попадающих в приюты для сирот,— это потомки уголовников,

психически больных, аморальных личностей, алкоголиков и проституток. Лишь в относительно редких сучаях биологические родители этих детей были без заметных изъянов, еще в более редких случаях дети рождались при нормально протекавших беременности и родах, не болели и не голодали в первые годы жизни. Таким образом, значительная часть таких детей в той или иной степени нуждается в помощи детского психиатра или невропатолога, учитывая, что очень часто на все эти биологические дефекты наслаивались дефекты воспитания, нередкие в детских приютах. Все это создает сложную и клинически полиморфную картину состояния подобных детей.

Когда такие дети попадают к приемным родителям, у тех возникает страх: а не дадут ли знать о себе тяжкая психопатологическая наследственность или последствия патологических беременности и родов? У значительного числа таких детей указанные факторы действительно очень быстро дают о себе знать, поэтому многих из таких детей возвращают в приют либо на долгое время помещают в психиатрические лечебницы. И без того страдающие от своей неполноценности, нередко обозленные, такие дети, вернувшись в приют, еще более ожесточаются, становятся «трудными» по поведению. Именно из таких детей и подростков могут в дальнейшем формироваться криминальные личности: в происхождении подобной антисоциальности решающую роль играют переживание своей неполноценности, лишенности нормальной семьи, эмоциональная и социальная заброшенность, а не только сугубо биологические факторы.

Как же должны вести себя приемные родители, узнав, что у ребенка имеется душевная аномалия? Немедля возвращать его в приют или лечить? В каждом конкретном случае ответ должен быть конкретным, но с точки зрения морали ясно, что приемные родители должны относиться к больным неродным детям так же, как они относились бы к своим родным, если бы у тех имели место похожие расстройства. Чтобы детям, не имеющим биологических родителей, было хорошо, нужно создать соответствующую атмосферу в приюте или подыскивать им подходящих приемных родителей, адекватных по темпераменту, характеру, уровню интеллигентности. Необходимо постоянно подсказывать родителям, как вести себя, что делать в тех или иных ситуациях. Следует неустанно контролировать приемных родителей как государству, так и общественным организациям, иначе дети могут оказаться в руках

душевнобольных, социально опустившихся или сексуально извращенных людей. Короче говоря, в отношении детей из приютов больше возникает вопросов, чем можно найти ответов. И все-таки хотя многие из этих детей первое время производят удручающее впечатление, с годами большинство полностью выравниваются и становятся полноценными членами общества. Известно множество людей с тяжелым детством и неблагополучной наследственностью, которые достигли выдающихся успехов в жизни. «Предрасположенность — это не приговор»,— любил повторять известный французский педиатр Леон Мишо. «Приговор» выносит среда. В том числе и та, что складывается в семье приемных родителей. Врач всегда стоит на стороне больного. О здоровых думают многие — о больных нет. В случае с приемными детьми врач тем более обязан помогать детям. Я сталкивался с десятками случаев, когда, поддавшись бурным эмоциям, родители намеревались немедля вернуть ребенка в детский дом и требовали, чтобы врач помог им в этом. Когда же страсти утихали, когда ребенок проходил лечение, когда его состояние улучшалось, когда добрая воля приемных родителей возобладала над их эгоизмом и страхом, тогда ребенок оставался в семье и новые родители в нем души не чаяли. Все были счастливы: и приемные родители, и ребенок, ставший им родным. А поторопились бы — наделали бы непоправимых ошибок, остались бы одинокими.

НАЖИТАЯ ПАТОЛОГИЯ

Психопат — это тот, кто обладает тяжелым характером вследствие главным образом наследственной отягощенности: родители награждают ребенка не только цветом глаз и формой носа, но и психической конституцией, т. е., в данном случае, тяжелым характером. Если у ребенка резко изменился характер в результате сотрясения или воспаления мозга, ушибов головы, то говорят о психопатоподобном расстройстве. Но если ребенок стал обладателем болезненного характера из-за дурного воспитания и иных длительных и неблагоприятных условий жизни, то говорят о патологическом формировании личности. Бывают и промежуточные виды.

Дети и подростки с чрезмерной взрывчатостью, драчливостью, непоседливостью, жестокостью и другими возбудимыми чертами характера быстро попадают в поле зрения врачей — уж очень антисоциально их поведение.

Но есть еще одна группа детей и подростков — тех, в характере которых преобладают чрезмерная робость, нерешительность, склонность к сомнениям, замкнутость, малоразговорчивость и другие признаки повышенной тормозимости. Эти субъекты обращают на себя внимание и в школе: в силу особенностей характера они с трудом сходятся со сверстниками, избегают выполнения общественных нагрузок, нередко из-за их особого характера снижается успеваемость, нарушается социальная адаптация. К врачам эти дети и подростки обращаются не столько из-за вышеуказанных особенностей характера, сколько из-за того, что на фоне этих свойств личности возникают неврозы и другие нервно-психические нарушения.

Выделяют три основных клинических варианта патологических формирований личности тормозимого типа: астенический, психастенический и шизоидный. Первому свойственны нерешительность, чрезмерная застенчивость, робость, сниженная самооценка, повышенная истощаемость и утомляемость, слабоволие, неспособность довести до конца начатое дело и другие проявления психической слабости. Второму — чрезмерная склонность к сомнениям, к самокопанию, к бесконечному анализированию своих и чужих поступков, к образованию навязчивых идей. Шизоидные личности отличаются повышенной замкнутостью, отгороженностью, молчаливостью, склонностью к схематическим построениям мысли.

Между этими тремя типами существуют взаимные переходы, особенно это касается психастенических свойств характера, которые в клиническом смысле занимают промежуточное место между астеническими и шизоидными нарушениями; часть психастенических больных поэтому схожи с астениками, а часть — с шизоидами.

Ситуационно обусловленные формы нарушений характера тормозимого типа стали подробно описывать лишь в последние 25—30 лет, хотя еще много лет назад вдумчивым психиатрам было ясно, что человек чаще всего не рождается с дурными наклонностями, а приобретает их вследствие несовершенства межлюдских отношений, психических переживаний, конфликтов, органических нарушений нервной системы (в результате, например, сотрясения мозга, энцефалитов и т. д.). Даже в тех случаях, когда ребенок рождается от психопатических родителей и обнаруживает патологическое поведение, понятно, что родители не только «наградили» своего ребенка патологическими генами, но и неправильно его воспитали.

С 50-х годов в детской психиатрии уделяется большое внимание механизму ситуационно обусловленных расстройств поведения и характера. Выделены некоторые основные формы закрепления патологических свойств личности. Речь идет в первую очередь о таких реакциях, как реакции активного и пассивного протеста, подражания, эмансипации и пр. Закрепившись, эти реакции становятся формой поведения и определяют социальную адаптацию, изменяя и эмоциональный фон пациента: обычно дети и подростки становятся грустными, депрессивными, раздражительными.

Десятилетний пациент стал плохо учиться в связи с пьянством отца и его антисоциальным поведением: отец дома избивал свою жену и сына, выгонял их из дому, мальчику негде было готовить домашние задания. Постепенно мальчик стал пугливый, раздражительный, робкий, боялся не только отца, но и всех пьяных мужчин, часто плакал, стыдился безобразного поведения отца, старался скрыть домашние конфликты. В школе стремился быть незаметным, не привлекать к себе внимания, чтобы никто не узнал о домашних неприятностях. Если снился пьяный отец, мальчик кричал, вскакивал во сне. Все эти события развивались на протяжении 2—3 лет, характер пациента постепенно изменялся: на первый план выступали астенические черты поведения. Когда мальчику исполнилось 13 лет, он стал еще более болезненно, чем прежде, переживать конфликты дома, стремился скрыть их от сверстников, очень стыдился отца. Но одноклассники вскоре узнали обо всем, и некоторые из них стали оскорблять и дразнить его. Да и педагоги тоже были не на высоте. Однажды после беседы о вреде алкоголя, которую провела классный руководитель и во время которой она в качестве примера пагубного влияния алкоголизма привела историю жизни отца мальчика, он очень расстроился, много плакал, отказался ходить в школу. После длительных уговоров вернулся в школу, но стал очень замкнутым, молчаливым, настороженным, дерзил учителям или молчал в знак протеста. В связи со всеми этими явлениями его проконсультировали у детского психиатра, который поставил диагноз: патологическое формирование личности с астеническими и псевдошизоидными чертами. Мальчика госпитализировали в психоневрологический санаторий для детей с неврозами и другими пограничными расстройствами, где лечили преимущественно психотерапией. Одновременно проводили соответствующую работу с одноклассниками и педагогами,

а также с родителями. За это время отец перестал пить, стал вести себя более благопристойно, устроился на работу. Все это, вместе взятое, привело к тому, что мальчик выписался здоровым, первое время контакт его с одноклассниками был не очень тесным, но постепенно он стал более общительным, занялся общественной работой. В дальнейшем успешно закончил школу и поступил в университет. Однако обидчивость и некоторая настороженность, боязнь насмешек остались в его характере навсегда.

На примере болезни нашего пациента видно, как из-за неблагоприятных ситуационных воздействий постепенно изменяется характер ребенка: личностные реакции закрепляются, снижается фон настроения и т. д. Деформацию характера можно приостановить лишь своевременным лечением у специалистов.

Примером патологического формирования личности тормозного типа может быть также жизнь подростка, который в раннем детстве был напуган (мальчики устроили ему «темную»: внезапно набросились на него, закрыли глаза мешковиной и бросили в подвал). Подросток стал заикаться, у него появилась боязнь темноты и закрытого пространства. Невроз то усиливался, то ослабевал. Постепенно большая часть нарушений у мальчика прошла, но заикание сохранялось. С 10—12 лет оно стало выраженным и сопровождалось страхом речи. Из-за страха речи больной не мог говорить в общественных местах, особенно с незнакомыми людьми. Всякое волнение резко усиливало речевой дефект. Мальчик все более стеснялся говорить, опасался, что над ним будут подсмеиваться. На уроках отвечал письменно, дома же говорил хорошо. С 13—14 лет стал еще более робким, нерешительным, неуверенным в себе, пугливым, у него усилились навязчивые сомнения, страхи, все происходящее по многу раз анализировал. Мальчика госпитализировали в психиатрическую больницу. Там он стал более спокойным, заикание резко уменьшилось, однако формы поведения астенического типа частично еще сохранились.

Нередко подобные формирования личности бывают у детей и подростков, страдающих теми или иными инвалидизирующими соматическими заболеваниями. Мы наблюдали много детей и подростков с хроническими урологическими заболеваниями, когда постоянно вытекала моча, в силу чего они не могли посещать школу и т. д. У некоторых из них из-за комплекса неполноценности (обусловленного не только тяжелой инвалидностью, но и не-

правильным поведением родителей — насмешками, демонстративной брезгливостью и пр.) возникало патологическое формирование характера преимущественно псевдошизоидного типа: такие пациенты становились замкнутыми, отгороженными, пессимистами, постоянно ожидающими брезгливого отношения к себе.

Чаще всего ситуационно обусловленные патологические формирования характера у детей и подростков заканчиваются относительно благополучно (особенно если своевременно начато лечение и разрешилась психотравмирующая ситуация). Однако в некоторых случаях при неблагоприятных условиях подобная болезнь может очень сильно деформировать характер. Врожденные формы патологии характера бывают значительно реже, чем нажитые. Аномальные формирования личности проявляются с раннего возраста, раньше всего обнаруживаются и дурные черты.

Дети с шизоидной конституцией уже с дошкольного возраста отличаются ранним интеллектуальным развитием (один из наших пациентов, отправляясь в детский сад, читал «Пионерскую правду»; в этой газете был напечатан составленный им кроссворд), склонностью к абстрактным построениям, недостаточной общительностью, молчаливостью, преобладанием интеллектуальных интересов. Все эти свойства постепенно могут усиливаться и приводить к стойкой дезадаптации. Психастенические черты характера в очерченном виде формируются несколько позже шизоидных, а астенические еще позже — с юношеского возраста. Хотя в происхождении конституциональных психопатий решающую роль играют биологические факторы, нельзя недооценивать и ситуационные воздействия — при благоприятном окружении и правильных педагогических мерах удается существенно преодолеть деформацию личности. Однако без помощи родителей добиться этого невозможно — тут одни врачи бессильны. В каждом конкретном случае специалист сможет посоветовать отцу и матери, что следует предпринять.

ИСТОРИЯ ОДНОГО СЕРДЦА

Часто в жизни сочетаются разные варианты патологического формирования, в таких случаях прогноз несколько хуже по сравнению с теми, когда патологическое формирование имеет лишь одну причину. Все нарушения, обусловленные несколькими факторами, обычно значитель-

нее выражены, стабильнее — это общая медицинская (а не только психиатрическая) закономерность.

Приведем пример такого патологического формирования личности, приведшего хорошего и одаренного человека к стойкой деформации характера.

Родился этот человек в материально обеспеченной семье, был единственным ребенком. Его отец — очень честолюбивый, деспотичный человек. Несмотря на то что он занимал видные должности, считал себя обойденным по службе и всячески «отыгрывался» на семье, превратив членов семьи в своих рабов. Особенно истязал он сына, считая, что тот будет неудачником и тем самым опозорит семью.

Мальчик родился после нормально протекавшей беременности, роды были тяжелыми, ребенок долго не кричал. Еле «выходили». С первых месяцев жизни у него обнаружили тяжелую пахово-мошоночную грыжу, которая часто находилась на грани ущемления. Прооперировали ее только в подростковом возрасте. Отмечались также некоторые врожденные дефекты мочевой системы. Они были ликвидированы к 12 годам. В связи с родовой травмой у мальчика было сильно деформировано лицо, скошен череп.

В раннем детстве пациент много болел, особенно мучился от экссудативного диатеза и других невропатических явлений. В детских коллективах никогда не был, воспитывался дома. Отец ненавидел мальчика, подчеркивал его уродства. Из-за грыжи мальчик не мог много бегать, предпочитал малоподвижные игры и чтение. Когда отец приходил домой, сын уходил в другую комнату. Часто плакал из-за отцовских оскорблений, в слезах говорил матери: «Разве я виноват, что некрасив и у меня грыжа!? Зачем отец меня в этом так часто упрекает?»

Чувство дефектности стало особенно заметно у мальчика с 7—8 лет, оно усиливалось вследствие третирования ребенка отцом. Тот стыдился сына, старался с ним никуда не ходить. Если дом посещали гости (особенно малознакомые), мальчика не выпускали к ним («чтоб своим видом не портил людям настроение»). Все это резко усиливало в мальчике чувство своей неполноценности, он сторонился сверстников, жил в постоянном ожидании, что кто-то его обидит. Больше всего он боялся отца, его деспотичности и презрения к нему.

В школе учился отлично. Стремился иметь друзей, тянулся к людям, но настоящих друзей не было, в конце кон-

цов решил быть одиноким: «Это гарантия, что никто не обидит». Рос «задавленным», робким, нерешительным, ранимым. Быстро терялся в новой обстановке, не мог защитить себя. Постоянно мечтал, что отомстит отцу за его плохое отношение, за презрение, за неверие в него. С нетерпением ожидал операций по поводу грыжи, был счастлив, когда они прошли благополучно и все его дефекты были полностью ликвидированы.

В подростковом возрасте твердо решил выбрать ту же профессию, что была у отца: показать отцу, на что он способен. Много читал, старался забыть свои детские переживания, но по-прежнему страдал от своей некрасивой внешности, очень стеснялся общения с девочками. Часто у него бывало сниженное настроение, «опускались руки». Чувствовал себя слабовольным, нерешительным, никому не нужным, большую часть времени проводил с матерью, которую очень любил. Уже будучи взрослым, так оценивал свое душевное состояние в подростковый и юношеский период: «Слишком низко себя оценивал, думал, что я хуже всех, что буду неудачником, как предсказывал отец. Отец, правда, стал лучше ко мне относиться, но я долго помнил все сказанные им обидные слова, анализировал их, придавал им слишком большое значение. Отец был человек несдержанный, все у него зависело от настроения, попадешься ему под горячую руку — наговорит много недобрых слов, потом сам все забудет, а я долго еще об этом помню».

Когда юноше было 17 лет, умерла его мать, он тяжело это пережил. «Не стало самого близкого и родного человека, думал, что пропаду. Мать — единственный человек, который скрашивал мне детство»,— рассказывал он. После смерти жены отец подобрел, стал снисходительнее к людям, сдержаннее, меньше третировал сына, старался избегать открытого с ним разрыва. Да и сын становился более самостоятельным, резко усилилось его честолюбие («хотел быть по-настоящему первым и лучшим в своем деле»). Поступил в институт, закончил его с отличием, стал заниматься научной деятельностью, защитил кандидатскую, а затем и докторскую диссертации. В 38 лет женился. Зная, что у него не будет детей, выбрал в жены женщину, у которой также была патология половой системы. Жена к нему относилась с обожанием, ценила то, что он дал ей положение в обществе и интеллигентное окружение.

Однако поведение пациента постепенно менялось (это началось еще с 18 лет). Характер остался по существу

прежним, но он как бы научился скрывать его и окружил себя людьми, в обществе которых он чувствовал себя увереннее и спокойнее. Добрый, мягкий, непрактичный, легко тормозимый человек дома, на работе он был «как в броне»: старался быть малоразговорчивым, избегать ситуаций, которые могут проверить крепость его характера и поставить его в неловкое положение, большую часть времени проводил в работе с аппаратурой, а не с людьми. Окружил себя вежливыми и предупредительными коллегами, многое им прощал, чтобы не идти с ними на конфликт и не выводить себя из состояния спокойствия (жена также оберегала его от излишних раздражителей). Предпочитал заниматься чистой наукой, а не административной деятельностью. Считал себя кабинетным ученым.

Черты повышенной тормозимости в поведении и характере у пациента остались как особые свойства личности, обусловленные разными причинами, большинство из которых могут быть отнесены к социально-психологическим. Это не только дефекты воспитания, но и обостренное переживание своих физических недостатков. Мой пациент в силу разных причин смог достичь высокого социального положения. Это говорит о том, что ни в коем случае нельзя рассматривать подобных людей как обреченных быть в социальном арьергарде. Более того, многие из них преуспевают в жизни благодаря целеустремленности, настойчивости и односторонности интересов.

В каждом человеке воедино слиты как бы два существа: одно — биологическое, другое — социальное. Это расчленение очень условно. Социальное влияет на биологическое, и наоборот. Благотворное социальное воздействие может привести к уменьшению и даже исчезновению той или иной психической патологии. Соответствующие социальные условия способны вообще ликвидировать некоторые психические расстройства. Но, с другой стороны, они, эти социальные условия, способны и вызвать к жизни психические расстройства, которые в дальнейшем приобретают соответствующий биологический субстрат, иными словами, социальное деформирует биологическое.

Примером этого является патологическое формирование характера, возникающее вследствие неправильного воспитания, длительного пребывания в психотравмирующих условиях, обостренного переживания своих физических недостатков, инвалидизирующих соматических заболеваний, изоляции от людей и пр. Искажение характера под влиянием разнообразных факторов бывает иногда

столь выраженным, что неопытный врач может решить, будто в данном случае речь идет о психопатии, т. е. о прирожденной деформации личности, настолько близкими по клиническим проявлениям оказываются эти два расстройства, имеющие совершенно различное происхождение. Конечно, патологическое формирование личности редко приводит к такой грубой деформации характера: большинство пациентов вскоре начинают активно лечиться и в дальнейшем не обнаруживают такой выраженной патологии. Более того, лечение таких больных носит не столько медицинский, сколько педагогический характер (вспомним «Педагогическую поэму», в которой А. С. Макаренко блестяще показал, как происходит перековка характера бывших беспризорников). Оно всегда требует изъятия человека из психотравмирующих условий.

ИСТОКИ ОДИНОЧЕСТВА

Две главные темы постоянно владеют современными журналистами: охрана окружающей среды и проблема одиночества человека. Видимо, эти темы очень актуальны в конце XX в. Что касается связи охраны окружающей среды и детской психиатрии, то тут следует отметить, что этот вопрос еще мало разработан. Ну, а между детской психиатрией и проблемой малой коммуникабельности связь самая прямая. В детстве ребенок не испытывает страха одиночества: ведь рядом родители и весь мир. Чужих людей ребенок именует тетями и дядями, он воспринимает их как близких и родных, только не таких близких и родных, как мать и отец, а в более отдаленной степени родства. Ребенок доверчиво смотрит на жизнь, он бесстрашно тянется к себе подобным, ко всему живому.

Чувство одиночества впервые обнаруживается у него только в начале подросткового периода. Подросток смутно замечает, что он такой, как все, и одновременно ни на кого не похожий. Он не хочет сливаться с миром, чтобы тот не подчинил его себе, но и не хочет отгораживаться от мира, чтобы не отбиться от «стаи». В конце подросткового периода чувство одиночества достигает предела. Противоречие между идеалами и реальностью, между осознанием высокого духовного назначения человека (а об этом неизменно думают мало-мальски совестливые подростки) и низменными, эгоистическими проявлениями животной природы человека, «вгоняет» подростка в тоску и одиночество. С годами тоска проходит, а одиночество

сохраняется: у одних — в минимальной степени, у других, особенно творческих людей,— в максимальной. Это закон природы, возрастная, возможно, физиологическая динамика чувства одиночества. Бывают и иные механизмы малой общительности. Впрочем, не следует думать, что малая общительность и чувство одиночества — это синонимы или что одно вытекает из другого. Бывают люди необщительные, но которым малознакомо чувство одиночества. Встречаются рубахи-парни, которые, казалось, перезнакомились со всем человечеством и ни на мгновенье не остаются одни, но тем не менее эти люди мучаются от состояния внутреннего одиночества. В бытовом сознании одиночество и замкнутость — это явления, близкие друг к другу.

— Что будет с моим сыном, доктор, когда он пойдет в школу? Ведь он ни с кем не хочет играть, ни к кому не тянется, у него нет потребности общаться с детьми. У моего мужа, то есть у отца ребенка, то же самое было в этом возрасте — такие у него в роду все мужчины. Дайте какое-нибудь лекарство, чтобы сделать мальчика более живым, более разговорчивым, общительным,— такие или подобные просьбы приходится почти ежедневно выслушивать врачам-психиатрам.

Нарушения контактности очень часты во всех возрастных группах, а в детском и подростковом возрасте особенно. Способность к общению лежит в основе конституции людей, она закодирована в наследственном аппарате. И тем не менее есть много лиц, у которых эта способность нарушена либо плохо выявляется. Чаще всего это связано с неправильным воспитанием, когда родители культивируют в ребенке подозрительность, недоброжелательность, малую общительность.

— С этим мальчиком не дружи: он плохой. И с этим: у него плохие родители. И с тем: у него брат плохой и т. д.,— учат некоторые родители своих детей.

— Держи ухо востро, обманут тебя, лучше подальше от всех держись, зря к себе в душу никого не пускай, лучше быть одному, чем в компании с кем-то: так свободнее и независимее,— наставляют другие.

— Папа у него негодяй, свою жену бросил, держись подальше от таких типов. Старайся с ними не общаться. А как их распознать? Не знаю. Лучше заранее будь от них подальше,— говорят третьи.

Потом подобные люди удивляются, почему дети выросли малообщительными, замкнутыми, не привлекают

к себе внимания сверстников и сами не тянутся к ним. Такое воспитание культивирует в детях определенные черты поведения. Эти черты закрепляются и становятся постоянной формой жизни детей. Ребенок в силу незрелости своей психики, неспособности сопротивляться давлению окружающих, не имея своего собственного мнения, не может сам решить, что правильно, а что нет из того, чему учат его старшие. Ребенок в основном подражает взрослым. Таков наиболее частый механизм неправильного поведения у детей, в том числе чрезмерной замкнутости или избирательности общительности. Видя, что у родителей мало друзей, что к ним никто не приходит, что и родителям не к кому пойти в праздники, что они изолированы от окружающих (не важно по чьей, вине), ребенок впитывает в себя подобные отношения с людьми и, когда вырастает, ведет себя так же. Развод родителей, их ссоры, противоречивое воспитание детей — все это болезненно может отразиться на чрезмерно чувствительных и впечатлительных детях.

Восьмилетнюю девочку привели на консультацию по поводу извращенной реакции на представителей мужского пола — их вид, необходимость с ними общаться, разговаривать вызывали у нее крайнее раздражение. Она старалась избегать мальчиков в школе, давала им презрительные прозвища, обижалась на девочек, которые общались с мальчиками.

В чем же тут дело, откуда у маленькой девочки такая ненависть к представителям противоположного пола?

С раннего детства ребенок рос в особых условиях. У девочки был врожденный порок сердца, который потом скомпенсировался и уже не требовал лечения. Несмотря на это, она по-прежнему быстро уставала. Мать же всячески ограждала девочку от нагрузок и волнений. Вся жизнь матери была подчинена только тому, чтобы обеспечить благоприятную атмосферу девочке, предупредить ее волнения и усталость. Тревога матери, оранжерейное воспитание — все это не могло не отразиться на формировании характера ребенка. Но для развития симптомов, по поводу которых больная была приведена на консультацию, нужно было что-то еще. И это «что-то», конечно, вскоре обнаружилось. Когда девочке было 3 года, отец оставил семью. Объяснял он это тем, что дочь, дескать, инвалид и ему невмоготу нести все тяготы по ее содержанию. Мать очень переживала уход мужа, о причинах его рассказала дочери, да еще и в самых драматических тонах. «Запомни,

доченька, мужчины — все негодяи, в любой момент могут предать. Сторонись их и презирай — иного они не заслуживают»,— заявляла она.

Когда девочке исполнилось 4 года, ее сильно избили соседские мальчишки. «Я же тебе говорила, чтобы ты не связывалась с мальчишками — от них можно ожидать только гадости»,— напомнила мать.

На следующий год к матери стал заходить ее сослуживец. Когда он приходил, то большую часть времени проводил с матерью, а на девочку не обращал внимания. Это ее сильно раздражало и обижало, стала ревновать мать, устраивала истерики, когда появлялся сослуживец. В его присутствии принималась плакать, охала, ложилась в постель, будто серьезно заболела, требовала вызвать скорую помощь. В конце концов она добилась своего: сослуживец матери перестал приходить. Девочке только этого и надо было. Теперь она сама говорила матери: «Ты же видишь, какие подлые эти мужчины, какие они эгоисты, больше не делай таких ошибок, не верь им». Мать ей только хмуро поддакивала.

Вот так и сформировалось у девочки отрицательное отношение к лицам мужского пола. Кто в этом виноват? Неблагоприятные совпадения жизненных коллизий? Особенности личности ребенка? Но ведь они не возникают на пустом месте, они выявляются и усиливаются воспитанием и иными социальными воздействиями. Конечно, весь комплекс психоневрологических нарушений у девочки, среди которых преобладает избирательная общительность, одной причиной не объяснишь, но в том, что дефекты воспитания сыграли тут большую роль, сомнений нет.

Итак, дефекты воспитания — одна из самых главных причин формирования во все усложняющейся и развивающейся психике ребенка и подростка отгороженности и замкнутости. Но эта причина, безусловно, не является единственной.

ТАК МНОГО ПРИЧИН...

Подросток несколько раз нарушал дисциплину в классе. Однажды он вывел педагога из себя, и тот в приступе гнева заявил, что этот мальчик — сын опустившегося пьяницы и распутной женщины и что ему не место в одном классе с детьми «порядочных» родителей. Мальчик после этого стал тихим, незаметным, стал избегать ребят, не при-

нимал участия в жизни класса. На переменах он уходил во двор и там играл с малышами. После уроков сразу же убегал домой. Классный руководитель заметила, что мальчик переменился, стал малообщительным и одиноким. Это был не невроз, а зафиксировавшаяся патохарактерологическая реакция, которая — если бы мальчику не оказали своевременную помощь — могла бы привести к стойкому изменению характера с преобладанием в нем отгороженности и малой общительности, то есть к патологическому формированию личности. Жестокость, нетерпимость окружающих, равнодушие близких приводят к тому, что многие люди, в том числе и дети — жертвы подобного отношения к ним, замыкаются в себе, становятся малообщительными и одинокими. Если взрослые хотят, чтобы в мире было меньше одиноких людей, они должны более бережно относиться друг к другу, быть более терпимыми и добрыми. Тем более к детям и подросткам.

У некоторых людей коммуникабельность нарушается из-за их чрезмерной робости, пугливости, нерешительности, склонности к сомнениям. Это субъекты с тревожно-мнительными чертами характера, которые, в свою очередь, приводят к малой контактности. Уменьшая робость и нерешительность, можно ликвидировать и недостаточную общительность. Ведь эти лица всем сердцем рвутся к людям, они хотят иметь друзей и в своих мечтах они их имеют и ни одной минуты не желают оставаться наедине. В реальной же жизни они одиноки из-за того, что не могут преодолеть свой страх перед общением с малознакомыми или даже знакомыми людьми.

Не нужно думать, что это все психопаты тревожно-мнительного (психастенического) или астенического типа. Нет, чаще всего это люди с отдельными, свойственными лицам такого типа, чертами (в основном с крайними вариантами нормального характера), усиленными неблагоприятным социально-психологическим воздействием, низкой самооценкой своих возможностей, печальным опытом общения с другими людьми и различными неудачами в жизни.

Есть еще одна категория людей, у которых может быть (но не обязательно) нарушен контакт с окружающими. Это лица с различными физическими уродствами и хроническими соматическими заболеваниями. Таким людям нередко кажется, что здоровым людям неприятно с ними общаться, что обществу они противны, поэтому некоторые из них предпочитают вести жизнь одиночек.

Речь идет не только о тяжелых уродствах, бросающихся в глаза и объективно неприятных окружающим, но и в общем о мало значительных явлениях, которые сами пациенты слишком болезненно переживают, отгораживаясь от людей, избегая общения со всеми. В том, что эти люди мучаются от недостатка общения, которого они сами избегают, виноваты прежде всего здоровые люди: они должны убедить больных в том, что не нужно из «мухи» делать «слона», что нельзя уходить в свои переживания и что нужно оставаться человеком.

Помимо социально-психологических причин плохой контактности людей бывают, конечно, и биологические причины, которые всегда сложно переплетаются и сосуществуют с социально-психологическими. Есть дети и подростки, у которых малая коммуникабельность связана с конституционально-биологическими особенностями. В их роду, как правило, многие отличаются этим свойством, но более или менее приспосабливаются с годами, становятся внешне более общительными, хотя и не испытывают особой тяги к общению с людьми. Иногда подобная черта характера может сочетаться с некоторыми другими аналогичными чертами, и тогда личность становится похожей на психопатическую, то есть на такую, у которой имеется дисгармония в эмоционально-волевой сфере с преимущественным недоразвитием сферы контактов. Этих людей очень мало, и они, как говорится, «не делают погоду». Более того, они с годами научаются быть более общительными и разговорчивыми, начинают понимать, что контакты рождают контакты, что, не попробовав общаться, нельзя вообще овладеть этой трудной и нужной наукой. Обычно к 35—40 годам у большинства из них увеличивается коммуникабельность и они внешне не отличаются своим поведением от других людей.

Встречаются также подростки, у которых не отмечается заметного изменения характера, но появляется отгороженность от людей и молчаливость. Обычно такие ребята ведут себя так по отношению к родителям и близким людям, а к чужим усиленно тянутся. Их отгороженность носит избирательный характер и связана с теми особенностями, которые свойственны подростковому периоду. Этот период проходит, а вместе с ним проходит и отгороженность. Однако у некоторых людей подростковый период протекает более болезненно, более карикатурно заостряются черты характера; когда же этот возраст проходит, многие черты, свойственные ему, еще сохраняются. Может

сохраниться и чрезмерная молчаливость, недостаточная общительность. Поэтому важно показать такого подростка специалисту, чтобы тот, проанализировав причины возникновения этих черт характера, помог устранить какое-либо душевное расстройство, дал соответствующие врачебные рекомендации.

В более младшем возрасте у детей возможны и другие психические расстройства, большей частью преходящие, при которых нарушается контактность. Это некоторые дефекты речи, специфические поражения нервной системы в результате дисгармонического, несинхронного, неодновременного созревания разных ее компонентов. Так бывает, например, при синдроме раннего детского аутизма, описанного в начале 40-х годов крупнейшим американским психиатром Лео Каннером; так бывает при некоторых формах шизофрении, эпилепсии и ряде других расстройств, из-за которых в разной степени страдает коммуникабельность человека.

Из всех радостей человека самая большая — радость человеческого общения. Эта истина давно уже стала хрестоматийной. Люди, у которых нарушена контактность, лишены такой радости. Многие из них страдают от одиночества, от невозможности лучше выразить себя, а последнее очень часто требует умения общаться с людьми. Существует много людей, которые по своим интеллектуальным качествам должны были бы занимать видное положение, но из-за того, что не умеют общаться, вовремя не научились устанавливать нужные контакты с разными людьми, а не только с теми, кто им нравится, не могут занять подобающего места в жизни. И, конечно, нарушение контактности делает многих людей несчастными в личном плане. Вообще истоки недоразумений в жизни многих взрослых людей лежат в детстве. Почти все малокоммуникабельные люди еще с детства обнаруживали это свойство. Ребенка легче изменить, чем взрослого. Поэтому следует более внимательно относиться к нарушениям контактности в детском возрасте, стремиться понять их причины, помочь их ликвидировать.

Хотелось бы акцентировать внимание читателей на том, что избавиться от необщительности можно, но для этого необходимо приложить усилия к тому, чтобы изменить свой характер. Не желаешь себе одиночества — становись общительным, общайся с окружающими. Иного способа преодолеть некоммуникабельность пока еще не найдено.

Можно прочитать тысячи книг о плаванье, но от этого плавать не научишься. Чтобы начать плавать, нужно сделать самое простое — войти в воду. Точно так же только контакт рождает контакт.

ФАНТАЗИИ НА ГРАНИ ПОМЕШАТЕЛЬСТВА

Одним из нередких расстройств в возрасте 10—15 лет, как и в более раннем, является патологическое фантазирование. Больные выдумывают такие фантастические истории, разобраться в которых порой бывает нелегко. Они объявляют себя участниками глубокозаконспирированных банд, незаконными отпрысками знаменитых людей, владельцами несметных сокровищ и т. д. Все это говорится с целью привлечь к себе внимание, представить себя в лучшем свете, а иногда и без какой-либо внятной цели.

Сюжеты для выдумывания бывают самыми различными, но и они подчиняются общим законам психиатрии, отражая криво, уродливо, карикатурно то, чем живет общество.

Приведу одну историю, в свое время наделавшую много шума.

Несколько лет назад пресса часто сообщала об экстрасенсах, людях, обладающих мощными биологическими полями, летающих тарелках, телекинезе и о многих других таинственных явлениях.

Появлялось все больше людей, которые «обнаруживали» у себя какие-то необыкновенные способности или утверждали, что собственными глазами видели летающие тарелки и даже выпрыгивающих из них инопланетян. Подавляющее большинство подобных лиц были существа внушаемые, склонные выдавать за реальность свои фантазии. Встречались среди них душевнобольные, аферисты и просто любители посмеяться над простаками.

В одном московском районе проживала семья: четырнадцатилетний мальчик, восьмилетняя девочка, мать (медсестра по профессии), отец (паркетчик, часто уезжавший в командировки), семидесятилетняя бабушка и такого же возраста дедушка.

Мальчик всегда отличался склонностью к выдумыванию. Он был в общем замкнутым, хотя внешне мог показаться общительным. Учился посредственно, ничем в школе не выделялся. Много читал: в основном сказки и научно-фантастические сочинения. Гномы, гуманоиды, инопланe-

тяне были любимыми героями мальчика, персонажами его бесконечных выдумываний.

В 14 лет он выглядел незрелым (без вторичных половых признаков). Весь его облик, интересы, поведение — все говорило о выраженной психической и физической инфантильности. Однажды, находясь с сестрой и бабушкой, подросток заявил, что он слышит какие-то стуки, шаги, шопот. Говорил он так убедительно, что и сестра, и полуглухая бабушка тоже услышали то, на что указывал мальчик. Потом он стал говорить, что в их квартире действуют какие-то сверхъестественные силы, умеющие ловко избегать разоблачения. Эти силы якобы переставляют мебель в их квартире, раскачивают люстры, неожиданно открывают дверь холодильника, и из него летят яйца и другие продукты (причем летят не по прямой, а по изломанной, причудливой траектории). Однажды указанные силы перевернули стол и заставили летать через всю комнату четвертинку с водкой, хранившуюся в заднем кармане деда. Бутылка неслась, «как ракета», и, промчавшись через все комнаты, приземлилась вертикально на кухонном столе.

Верили этим рассказам лишь сестра и бабушка, потом они втроем «насели» на мать и деда — те тоже поверили (отец был в отъезде). Мать неоднократно вызывала соседей и милицию. Те приходили, видели перевернутый стол или раскладушку, удивлялись и уходили в недоумении — в их присутствии сверхъестественные силы почему-то бездействовали. Чем больше происходило таинственных событий в скромной квартире, тем больше радовался им герой нашего рассказа. Ему доставляло большое удовольствие, что члены семьи верят его рассказам. Как ни в чем не бывало, он продолжал ходить в школу, но никого в школе не посвящал в то, что происходило дома. Кто-то из соседей, работавший на одном из научно-технических предприятий, рассказал сослуживцам о происходящем. Вскоре слух о таинственных событиях распространился по Москве. Началось паломничество ротозеев, любителей сенсаций, просто любопытных. Несколько инженеров принесли какую-то аппаратуру и стали измерять биополе мальчика. Они пришли к выводу, что оно, биополе, усиленное, о чем немедля ему сообщили. Радости подростка не было предела. Он всем стал доказывать, что это именно он — благодаря своей феноменальной электрофизиологической силе — двигает предметы, заставляет летать по воздуху бутылки и т. д. Сестра, мать, бабушка стали поглядывать на него с восхи-

щением. Мальчик давал интервью, подсказывал ученым, в каких местах квартиры следует ставить аппаратуру, и пр. В общем, он был в центре внимания. Особое удовлетворение он получал, когда люди, коих он именовал учеными, говорили ему, что он уникум, феномен, чудо природы. Тут надо сказать, что эти доверчивые, простодушные «ученые» сами ни разу не видели то, о чем, захлебываясь от возбуждения и восторга, повествовал мальчик.

Прошло 4 нед. Мать немного опомнилась от изумления и пришла к выводу, что сына следует показать детскому психиатру. Дело не только в том, что у нее возникло подозрение, что он сам незаметно для окружающих раскачивает люстры, бьет яйца, переворачивает столы и т. д. У мальчика нарушился сон, он постоянно пребывал в возбужденном состоянии, странно улыбался, путался в своих фантастических рассказах и т. п.

Мальчика проконсультировал участковый детский психиатр, затем врач из диспансерного отделения детской психиатрической больницы, потом заведующая этим отделением. Мнение всех специалистов сходилось: мальчик душевно нездоров, ведущим является синдром бредоподобных фантазий. Что же касается того, чем конкретно он болен, то одни предполагали, что речь идет об особой форме шизофрении, другие находили у него индуцированный психоз, то есть такое душевное расстройство, которое возникает в семьях, мало общающихся с окружающими, весьма примитивных, склонных к бредообразованию.

Герой нашего рассказа оказался в психиатрической больнице. С уходом мальчика из дома сверхъестественные силы перестали двигать предметы и совершать другие дела. Постепенно эта история была забыта. Семья постаралась все поскорее позабыть. Живет, как все.

В газетах часто пишут о различных необычных явлениях: то о сахарницах, летающих каким-то непостижимым образом («Московские новости» от 29 марта 1987 г.), то еще о чем-нибудь. И всегда в эпицентре подобных событий находятся дети: без участия детей никакие «чудеса» не случаются. «Устами младенца глаголет истина,— уверяют люди, склонные к вере в чудеса,— поэтому дети и замечают чаще то, что невдомек замученным работой и хлопотами взрослым». Мы, психиатры, лишь хмуримся, слыша такую аргументацию. Если ребенок уверяет, что Карлссон на самом деле сидит на крыше, то взрослый не будет его разубеждать, хотя и понимает сказочность таких слов. Так почему же иногда взрослые всерьез воспринимают абсурд-

ные фантазии детей? Почему здравый смысл покидает взрослых, когда сталкиваются с детским враньем? Жалеют их? Что ж, это можно понять, но зачем же распространять непроверенные факты?

ВСЕГДА ЛИ ШАНТАЖ?

В стационар поступила четырнадцатилетняя девочка с глубоким расстройством памяти вследствие того, что она пыталась повеситься (либо была повешена). Обстоятельств случившегося никто не знал.

Вид больной был страшен: глубокая странгуляционная борозда на шее, бесчисленные кровоизлияния на лице; все тело в кровоподтеках. Но больше всего поражали глаза с кроваво-красными белками. Повешение произошло за два дня до ее поступления в клинику. Что случилось с ней и что вообще происходило вчера и позавчера, она абсолютно не помнила. Это состояние называется амнезией. Амнезия может длиться минуты, часы, сутки, недели. Память восстанавливается через много дней, недель, месяцев, а то и вообще не появляется. Больной понимает, что с ним что-то происходило, но вспомнить ничего не может. Поэтому у таких больных часто возникают обманы памяти или явные фантазии: они рассказывают, что были в другом городе, что на них напали и пр. Фантазии иногда очень стойкие, не поддаются переубеждению. Этим больные нередко ставят в тупик следствие, запутывают истинные обстоятельства дела.

Что же случилось на сей раз? Повесилась девочка или ее повесили? При каких обстоятельствах это случилось?

Я ввел больную в гипнотическое состояние и стал внушать ей обострение памяти (гипнотическая гипермнезия). Затем стал задавать наводящие вопросы. К всеобщему удивлению больная, хотя и после многочисленных подталкиваний, напоминаний и требований, стала отвечать на вопросы. Удалось прояснить все обстоятельства вплоть до поступления в больницу. Гипнотическое внушение проводилось в два приема: из-за крайней усталости больной сеанс пришлось прервать. На следующий день он был возобновлен. Поначалу больная отвечала на все вопросы односложно: «Не знаю», но потом разговорилась. Рассказ получился мало-мальски связный и понятный. Но где гарантия, что все было так, как она говорила?

На следующий день пришла мать, а затем и классный руководитель. Они рассказали, как все было на самом деле. Рассказ девочки совпал с их рассказом.

Что же случилось? Оказалось, что девочка еще с 12 лет очень изменилась: стала грубой, резкой, убегала из дому, водилась с мальчишками сомнительного поведения. В 14 лет была замечена в злостном бродяжничестве, воровстве, в связях с субъектами с криминальным прошлым. В 15 лет подолгу находилась вне дома: на чердаках, в подвалах, на вокзалах. Курила, употребляла алкогольные напитки. В школу ходила от случая к случаю. На все замечания реагировала одинаково: «На меня наговаривают», «Я веду себя хорошо», «Да как вам в голову пришло так плохо думать обо мне?» и т. д. По утрам нередко у нее было дурное настроение: душила тоска, все раздражало, хотелось остаться одной, чтобы никого не было рядом. В злополучный день девочку вызвал директор школы и заявил, что на нее уже много раз жаловались из детской комнаты милиции и что если она не переменит своего поведения, ее отправят в колонию для малолетних правонарушителей. Девочка пообещала вести себя хорошо, но когда пришла домой, вдруг воспылала злобой по отношению к директору: «Да как он посмел мне угрожать?» Выпила пива, выкурила несколько сигарет, решила повеситься: «Не от тоски или злобы,— рассказывала она позже.— Какая-то сила толкнула на это, не задумывалась, будто сознание отключилось». Нашла длинную веревку, прикрепила ее в туалете, сделала петлю и повисла. Дома были родители, они услыхали хрип и ворвались в туалет, сняли дочь с петли и немедля увезли в реанимационное отделение. Там ее интенсивно лечили и, когда опасность для жизни миновала, перевели в психиатрическую больницу.

Итак, подросток совершил попытку самоубийства. С чем связаны эти попытки, как часто они встречаются?

В детских психиатрических больницах сконцентрированы сложные и «запутанные» больные, автоматически попадают туда и все спасенные самоубийцы, в отношении состояния психики которых возникают подозрения. Половина из этих больных предприняли попытки к самоубийству с демонстрационной целью: чтобы привлечь к себе внимание. Такие больные режут вены, глотают ложки, вилки и пр., чтобы их заметили. Это не настоящие самоубийцы: им бы только попугать окружающих.

Истинные самоубийцы (к ним может быть отнесена и девочка, о которой мы говорили выше) вешаются, травят-

ся, бросаются под машины от невыразимой тоски, под влиянием галлюцинаций или бреда, нарушенных влечений или от безысходности. Порой они сами не знают, что делают: как будто нарушается сознание, появляется неодолимое импульсивное желание покончить с собой.

Душевнобольные люди, пытавшиеся совершить самоубийство, так или иначе быстро попадают в поле зрения медиков, а вот тех подростков, которые «пытаются» покончить с собой, чтобы привлечь внимание, далеко не всегда консультируют психиатры (и в этом прежде всего вина родителей). В будущем многие из них становятся эгоистичными, самолюбивыми. Попытки самоубийства у них повторяются (чаще с вымогательской целью). Так дефект характера перерастает в тяжелую дисгармонию личности.

Стремление покончить с собой у душевнобольных всегда сочетается с другими психопатологическими проявлениями. Именно поэтому врач-психиатр, консультируя подростка, который пытался покончить с собой, должен знать все о нем. Лишь тогда он сможет предотвратить трагедию или душевный излом, угрожающие исковеркать всю жизнь пациента. Получить же исчерпывающую информацию о пострадавшем ребенке врач может только от родителей.

БОЛЕЗНЕННОЕ БРОДЯЖНИЧЕСТВО

Десятилетний мальчик не пришел домой ночевать. Родные переполошились и стали ломать голову над тем, куда он запропастился. Мальчик всегда отличался повышенной внушаемостью и подчиняемостью — может, попал под чье-то плохое влияние? К тому же он был очень обидчив и вспыльчив, вследствие чего в школе часто конфликтовал со сверстниками. Может, и на этот раз он на кого-то рассердился и в знак протеста не пришел домой? Стали думать, чем в семье могли обидеть мальчика, ничего не вспомнили. Педагоги говорили, что мальчик неорганизован, ленив, делает только то, что ему нравится. Боится трудностей, избегает их, ничего не доводит до конца. С жаром хватается за дело, которое ему понравилось, но очень скоро остывает к нему. Может, и тут он решил избежать каких-то трудностей и поэтому ушел из дому? Но ведь родители ничем не загружали сына, да и в школе не было слишком трудных заданий.

Под утро мальчик пришел домой. Как ни в чем не бывало он бросился на шею к матери, стал целовать ее, потом сел завтракать: видно, проголодался. Увлеченно, с жаром

принялся рассказывать, как надумал уплыть в Африку, чтобы посмотреть на диковинных животных. «Ведь скоро они все вымрут, их занесли в Красную книгу. Когда я подрасту, их уже не будет. Вот и захотелось их посмотреть». По-детски, очень непосредственно и живо он делился своими соображениями по поводу путешествия. Ему и в голову не приходило, что родители очень переживали его отсутствие. Когда же узнал об этом, горько расплакался, так как ему было искренне жаль отца и мать. Он просто не предполагал, что своим побегом в Африку мог доставить кому-то неприятные минуты.

— Ну, а почему же ты вернулся?— поинтересовалась мать.

— Захотелось хлеба с маслом и кефира, вот и вернулся.

Озадаченные родители привели мальчика к психиатру. Тот диагностировал у него психический инфантилизм, а уход из дому расценил как одно из проявлений психической незрелости пациента.

Сенсорная жажда, страсть к приключениям, стремление избежать трудностей, реакции протеста и неудержимое стремление быть свободным (реакция эмансипации) — вот основные причины ухода подобных детей и подростков из дому. Впрочем, эти расстройства встречаются не только у инфантильных субъектов, но и у людей без выраженных свойств эмоционально-волевой незрелости.

Все эти формы чрезмерного реагирования относятся к пограничным расстройствам, примыкая не столько к патологии, сколько к норме. Другое дело — болезненное бродяжничество, вызванное расторможением влечений. Это, как правило, очень выраженная патология, требующая лечения не только одного из проявлений расстройства (даже такого заметного, как бродяжничество), но и заболевания в целом. Обычно такие формы бродяжничества рассматриваются в рамках психопатоподобных нарушений, когда больные в большей или меньшей степени лишены тончайших человеческих качеств — стыда, жалости, милосердия, благородства. Они грубы, примитивны, не могут совладать со своими влечениями. Их интеллект не управляет подкоркой, а подчиняется ей. Усиление влечений проявляется в стремлении поджигать (пиромания), бродяжничать (дромомания), совершать агрессивные действия.

В рамках психопатоподобного синдрома, вызванного органическими повреждениями центральной нервной системы, уходы из дому и школы встречаются очень часто.

Патогенетические же механизмы подобного бродяжничества различны. В одних случаях возникает неодолимое импульсивное желание куда-то уйти. Больной совершенно не задумывается над тем, почему он уходит, куда пойдет, чем это закончится. Он бежит без определенной цели, скрывается на чердаках и в подвалах, питается чем попало, потом его рано или поздно «вылавливают» и возвращают домой. В отличие от инфантильных субъектов, для которых побег из дому — это долгожданная свобода, возможность что-то посмотреть и узнать, «жизнь в свое удовольствие» (такой пациент покупает много конфет или мороженого, смотрит 4—5 фильмов в день, катается на метро или в автобусе и пр.), у лиц с психопатоподобным синдромом побег необъясним, он не дает им ничего, кроме холода, голода, пребывания в невыносимых условиях.

В других случаях лица с психопатоподобным синдромом бегут из дому и школы из-за стойкой перемены настроения, называемой дисфорией. Дисфория характеризуется тоскливо-злобным состоянием души, больному не хочется никого видеть, все окружающее вызывает у него глубочайшее раздражение. В состоянии дисфории пациенты забиваются куда-нибудь на чердак или в подвал. В некоторых случаях они начинают принимать алкоголь, чтобы как-то улучшить настроение. Эта форма патологии требует интенсивного и длительного лечения. С одной стороны, нужно подавить усиленные или извращенные влечения — с этой целью таким пациентам длительное время дают препараты, тормозящие активность. С другой стороны, необходимо как-то исправить настроение, но делать это нужно чрезвычайно осторожно, чтобы одновременно не усилить и без того заостренные влечения. Врачи назначают транквилизаторы и некоторые другие лекарства. Главное, чтобы лечение проводилось длительно, адекватными дозами препаратов. В таком случае успех обеспечен.

Бродяжничество встречается и при тяжелых психических заболеваниях: шизофрении, эпилепсии и др. Заболев шизофренией, многие дети и подростки уходят из дому, неизвестно где проводят время. Для этого расстройства типичны симптомы: уход в себя, бред, галлюцинации и т.д. Проявляются они на фоне разлаженного поведения, психологической неясности переживаний больного, на фоне резко измененных влечений. Бродяжничество при эпилепсии вызывается двумя основными факторами: сумеречным расстройством сознания и резким изменением настроения по типу дисфории. Во время сумеречного расстройства сознания пациенты

могут сутками бродить. Потом они не могут вспомнить, что и как с ними происходило.

Из-за дисфории больные не могут найти себе места, конфликтуют со всеми, кто подвернется им под руку, и в конечном итоге стремятся изолироваться от людей.

Итак, бродяжничество — явление неоднородное. Психотические формы бродяжничества довольно редки, в основном встречаются пограничные типы, примыкающие к психической норме.

СТУПЕНИ ПАДЕНИЯ

Все — и хорошее, и плохое — начинается с детства. Да и пьяницами становятся чаще всего с молодых лет. Во всяком случае первое знакомство с алкогольными напитками часто происходит еще в школьном возрасте, и многие люди употребляют спиртное затем всю жизнь. Чем чаще принимают алкоголь, тем быстрее развиваются тяжелые формы хронического алкоголизма.

Болезненное пьянство развивается у молодежи (особенно у девушек) быстрее, чем у взрослых людей. Молодой возраст — это период повышенного риска заболеть хроническим алкоголизмом. Те изменения, которые у взрослого алкоголика будут развиваться годами, у юного появляются через 10—15 дней. Взрослый пьет длительное время и до поры, до времени ничего особенного с ним не случается. У молодого же человека хронический алкоголизм развивается во много-много раз быстрее и протекает значительно тяжелее. Среди безнадежных пьяниц очень редки лица, которые впервые приобщились к водке случайно или в силу каких-то чрезвычайных обстоятельств — в основном это жертвы сознательного спаивания их взрослыми (в первую очередь родителями и соседями).

У подростков и юношей заострены чувства, все эмоциональные проявления очень яркие, сильные, плохо контролируемые интеллектом. В организме молодого человека происходят бурные психологические и гормональные изменения, из-за этого резко понижается его сопротивляемость и переносимость алкоголя. Небольшая доза водки, впервые принятая, сразу же выводит подростка или юношу из строя и надолго вызывает в нем отвращение к алкоголю. Однако бывает, что взрослые говорят такому юноше: «Тебе жить да жить, а как же ты будешь жить, если не научишься пить: ведь без алкоголя сейчас никакие вопросы не решаются, и непьющему жить очень тяжело. Давай мы тебя

научим хорошо переносить водку, а этого можно добиться лишь постепенно: сегодня выпьешь 5 капель, завтра — 10, послезавтра — 15 и т.д.— так ты подавишь свой рвотный рефлекс». Такие «учителя жизни» не только разрушают здоровье подрастающего поколения, но и уродуют его душу, внушая, что без водки жить нельзя.

Если обобщить мнения различных ученых, то можно условно выделить следующие этапы возникновения хронического алкоголизма в молодом возрасте. На первом этапе (у тех, кто в дальнейшем стали хроническими алкоголиками, он начинается в семи — двенадцатилетнем возрасте и длится в среднем от 4—5 мес до 1—1,5 года) отмечается постепенное привыкание к алкоголю. Вначале алкоголь принимается в кругу семьи. На дне рождения или на каком-нибудь семейном празднике школьнику говорят: «Ну-ка, давай выпьем, ничего с тобой не будет, пора становиться мужчиной» и пр. Потом мальчишка сливает в одну посуду остатки недопитого родителями и гостями алкоголя и пьет эту «бурду». Чрезвычайно редки случаи, когда ребенок по ошибке выпивает водку, приняв ее за нечто иное. Правда, пьяницы любят рассказывать, будто они впервые попробовали алкоголь, приняв его за лимонад, и пр.

Порой к пьянству приучают из невежества, следуя дурным традициям. Мне довелось консультировать четырехлетнего мальчугана, превратившегося в отпетого пьяницу: он не мог существовать без ежедневного приема стакана красного вина. Периодически у него развивалась белая горячка с обилием устрашающих образов и переживаний. Когда ребенок был еще грудным, мать заметила, что стоит ему дать хлебную мякину, смоченную в вине, как он засыпал или становился спокойным. Так и стала давать мальчику вино. Он привык к нему и уже не мог без него жить. Такие случаи, конечно, очень редки. Чаще всего знакомство с алкоголем происходит в подростковом возрасте.

Первое знакомство с алкоголем обычно оставляет дурной осадок и отбивает у подростка желание пить. Но стойкие алкогольные традиции в семье и обществе, спаивание подростков взрослыми, дух молодечества, подогреваемый в них взрослыми людьми («Какой же ты мужчина, если не можешь крепко выпить?»),— все это принуждает подростка продолжить прием алкоголя. Вскоре он начинает ощущать внутреннюю раскованность, внутреннюю свободу: становится легче подойти к незнакомому человеку, уменьшается чувство собственной неполноценности (подросток уже не ребенок, всецело зависящий от родителей, но и не

взрослый, способный сам себя содержать и самостоятельно принимать решения: от этой двойственности — социальной и психологической — у подростка нередки идеи собственной неполноценности), повышается настроение. И хотя часто выпивший подросток испытывает головокружение, головную боль, нарушение координации движений, у него возможен понос или запор, тем не менее обманчиво ощущение свободы и раскованности кажется ему более ценными и необходимыми.

Если на этом этапе не удастся остановить формирование у подростка алкогольного стереотипа (этим, понятно, занимаются не врачи, а родители и педагоги), то может наступить следующий этап — этап усвоения стереотипов алкогольного поведения, когда подросток активно стремится употреблять алкогольные напитки, он уже осознает, что выпив (обычно плодово-ягодного вина, содержащего много вредных веществ,— так называемой бормотухи), он гарантирует себе прекрасное настроение и бесстрашие в отношении взрослых и лиц противоположного пола. Начавшие пить подростки ищут таких же, как и они сами, и организуют группки, единственным занятием которых является добывание алкоголя, его употребление, затем рассказы о своих подвигах, совершенных в состоянии алкогольного опьянения. Эти подростки совершают дерзкие антисоциальные поступки, нередко отличающиеся жестокостью.

Употребление подростком спиртного носит характер алкогольных эксцессов: накопив деньги на выпивку, он 2—4 дня подряд ходит пьяный. Поскольку в пьянстве подросток видит психический феномен, дающий ему свободу, тут возможен переход на третий этап — этап психической зависимости от алкоголя. На этом этапе подросток пьет не только вечером, но и в течение дня; не только в компании, но и в одиночку; не только вино или водку, но и всяческие суррогаты: политуру, клей БФ и т.д. Спорт, увлечения марками или стереозаписями — все уходит на задний план. Подросток думает лишь об одном: где бы выпить и что бы выпить? Ищет повод для этого. Не пропускает ни одного семейного или государственного праздника, чтобы выпить. Дни рыбака, шахтера, военно-воздушных сил, годовщина того или иного сражения — все без исключения выдающиеся даты становятся поводом для официализированных выпивок, а выпивки без какого-либо повода вообще не поддаются учету. Напивается почти ежедневно. У трети выпивающих подростков очень быстро нарушается память.

Через год-полтора болезнь переходит на следующий этап — этап физической зависимости от алкоголя, когда не пить больной, по его словам, уже не может. Пьет до 1 л водки и не может опьянеть (появилась толерантность к алкоголю). Формируется антисоциальный образ жизни: в школу такой ученик уже не ходит, околачивается возле винно-водочных магазинов, по утрам у него трясутся руки, появляются другие признаки похмелья — хронический алкогоголизм уже расцвел в типичной форме.

Многие ученые раньше считали, что алкоголизм у подростков — это следствие их биологической дефектности. Это неверно: у двух третей «будущих алкоголиков», приобщившихся к пьянству в подростковый период, не обнаруживается никаких биологических аномалий. Тут решающую роль играет семья. Исследования показали, что лишь у 16 % алкоголиков в семье не было пьяниц. Таким образом, совершенно ясно, на что следует направить усилия общественности в борьбе с алкоголизацией подрастающего поколения.

Вспомните пьесу М. Горького «На дне». Почти все персонажи этой пьесы — хронические алкоголики: спившиеся и спаивающие своих близких. Они красиво рассуждают, говорят складно и порой убедительно о том положении, в которое попали, но всех их объединяет потребительское отношение к жизни. Они сами не хотят палец о палец ударить, чтобы выздороветь. Лживость, пустопорожняя болтовня алкоголиков, их эгоизм, жестокость, стремление втянуть в пьянство непьющих — все это правдиво показал драматург. Всех их объединяет слабоволие, резко усиленное хроническим алкоголизмом. Водка разрушает не только печень или сердце, она калечит душу и в первую очередь убивает волю. Один из персонажей пьесы — Актер — мечтает выздороветь, но ничего не делает для этого. О выздоровлении он мечтает как в пьяном, так и в трезвом состоянии, наконец, кончает свою жизнь насильственно. Эта замечательная пьеса может сыграть большую роль в антиалкогольной пропаганде. Мерзкие образы ее героев — хронических алкоголиков, у которых нет за душой ничего святого, могут образумить многих, кто еще не докатился до их положения, еще не достиг последней ступени падения личности в бездонную пропасть хронического алкоголизма.

Обращаясь к родителям, чьи дети стали пьяницами, со всей ответственностью заявляю, что в 99 % случаев в этом виновны лишь сами родители.

Вряд ли можно встретить детского психиатра, который

бы не сожалел о том, что слишком редко наказывают взрослых (в первую очередь родителей) за спаивание детей и подростков. Можно спорить о том, нужен ли сухой закон (по моему мнению, нужен), но, несомненно, необходимо исключить спаивание молодежи.

Родители должны показывать положительный пример своим детям, полностью отказываясь от спиртного, и активно бороться с производством и продажей алкогольных напитков, бороться на каждом шагу.

Человеческое сообщество одолело чуму и холеру, теперь здоровью людей угрожают наркомания и алкоголизм. Если не удастся осилить этих врагов, вряд ли человеческая цивилизация будет развиваться гармонично.

В НАРКОТИЧЕСКОМ ДУРМАНЕ

Как детскому психиатру мне иногда приходится читать лекции населению о психоневрологических расстройствах у детей и подростков. Обычно после лекций слушатели задают много вопросов, касающихся психического здоровья подрастающего поколения. Но вот что я заметил: со второй половины 70-х годов все чаще люди интересуются проблемой наркомании у детей и подростков. Вначале я объяснял себе это так: дескать, по телевидению и в кинотеатрах часто показывают фильмы, в которых рассказывается, как западная молодежь отравляет себя наркотиками, ну, а это, естественно, интересно и моим слушателям, они хотят знать, что происходит в душе наркомана.

Но это мое заблуждение длилось недолго. Ведь всякий раз, когда меня спрашивали о наркомании у советской молодежи, я с гордостью говорил, что этой проблемы у нас нет, что с 1975 г. в СССР закрыты все заводы, производящие наркотические вещества, что эти вещества мы ввозим для целей медицины из-за границы, что на учете у детского психиатра практически не состоят дети и подростки, страдающие наркоманией. На прием ко мне очень редко приводили наркоманов, причем в основном наркомания у этих лиц возникала на фоне уже существовавшего психического расстройства, поэтому она не была изолированным расстройством, а вытекала из шизофрении, психопатии и других психических расстройств.

Но с начала 80-х годов что-то произошло в нашей стране: все больше наркоманов стало обращаться за помощью к психиатрам. И почти все вопросы, которые задавали мне слушатели после лекций, стали сводиться к наркомании у

детей. Я не знаю, сколько юных наркоманов состоит на учете в советских психоневрологических и наркологических диспансерах, но убежден, что состоит их намного меньше истинного числа потребителей наркотиков.

Вот несколько монологов матерей, чьи дети стали наркоманами.

— Сын всегда был робкий, неуверенный в себе, очень внушаемый, что скажут, то и делал,— даже если не хотел делать. А тут к ним в шестой класс пришел учиться один мальчишка — такой, знаете, из породы лидеров. И подчинил себе моего. Мой, как собачонка, следовал за этим лидером. В седьмом классе чуть ли не все мальчишки будто с ума посходили: стали нюхать всякую гадость и «балдеть» (это термин у них такой появился). Использовали для этого школьные ранцы: нальют туда какую-нибудь дрянь, купленную в магазинах бытовой химии (всякие клопоморы, дезинфекторы и т. д.), сунут голову в ранец и «балдеют». Иногда по полкласса устраивали одновременно такие сеансы «балдежа». Учительница узнала об этом, вызвала родителей и дала разгон нам: вот вы, такие-сякие, детей распустили, все тряпками увлекаетесь, а на детей ноль внимания. И пошло-поехало. Мы ей в ответ: не дома дети «балдеют», а в школе, своим школьным коллективом, поэтому учителя пусть с этим и борются, а на нас нечего все валить. Мы-то впервые об этом узнали от учителей, не от кого-нибудь.

Ну, учительница разъярилась еще пуще, а нам тоже палец в рот не клади. Но, придя домой, все родители сыночков своих и дочурок кто отругал, а кто и выпорол основательно. Стали детей больше контролировать, не давать им свободной минуты, больше занимать трудом да более ласково к ним относиться. Вроде бы подействовало, и через пару недель вся эта классная «зараза» кончилась. И мой перестал нюхать бытовые химикаты.

Но недолго счастье длилось. Мой сын, как я уже говорила, попал под влияние одного паренька. Тот втихомолку продолжал нюхать свои клопоморы. И моего заставлял. Мой сопротивлялся и мне как-то рассказал, что его заставляют «балдеть» помимо воли. Я пошла домой к мучителю сына. А там чуть ли не притон: всякое отребье живет, без стыда и без совести, тунеядцы и пьяницы. Теперь ясно, что за лидер появился в классе. Пошла к учительнице, все рассказала, а та испугалась: если это семейство узнает, что мы примемся за исправление их сына, то могут у нас быть неприятности, ведь от алкашей и тунеядцев всего можно

ожидать. Решили написать на них анонимку в милицию, что, дескать, тунеядцы и пьяницы нормальных людей с панталыку сбивают. И что бы вы думали! Милиция дала ход нашей анонимке, прижали эту семейку. Их сын перестал заставлять моего нюхать всякую дрянь, но бьет его по углам, подозревая, что это он «настучал». Из-за этого мои отношения с сыном испортились. Помогите, доктор, их восстановить.

— Моему сыну 13 лет, он курит анашу. Привозят ее из Узбекистана, тайком, конечно, а продают московским школьникам. Делают это так: увидят школьника, привечают его, предлагают пару затяжек, потом он втягивается. Иными словами, есть у нас целый подпольный бизнес торговцев наркотиками. А живут они за счет того, что приучают несмышленышей (их ведь проще обмануть, уговорить, обвести вокруг пальца, заставить выложить имеющиеся деньги на наркотики), а те потом идут у них на поводу. Мой сын постепенно втянулся в курение анаши. Когда отец узнал об этом, он стал избивать сына, а тот ему ответил, что от анаши вреда никакого: побываешь в мире красочных иллюзий и быстро выходишь из него — интересно все же. В общем не смог отец его переубедить, хотя сын много раз обещал бросить это мерзкое занятие.

Когда мальчик курил, мы узнавали об этом быстро: состояние его менялось, появлялись галлюцинации, видимо, яркие и красочные, приятные ему. Но однажды сын, накурившись анаши, закрылся в своей комнате, потом вдруг выбежал из нее с криком: «Танки идут!» Лицо перекошено, в глазах страх. Помчался по лестничной площадке... Короче говоря «скорая помощь» увезла его. Подержали в больнице несколько дней и отправили на все четыре стороны: дескать, идите к наркологу, врачи общей практики таких не лечат. А где этого нарколога найти? Вот и пришли к вам.

— Не нужно было ко мне приходить, я не нарколог,— ответил я.

— Тогда хоть скажите, почему сын кричал про танки и вел себя, как ненормальный?

— При курении анаши (ее еще называют гашишем, планом, за рубежом — марихуаной) резко обостряется слуховая чувствительность, малейший звук кажется очень сильным. Вот, наверное, он и принял какой-нибудь шорох за грохот гусеничных танков. Ну, а как лечить сына? Прежде всего изолировать нужно. Без изоляции от наркотиков вылечить наркомана нельзя. Этому учит опыт психиатрии XX в. Вначале нужно очистить организм от всякой

дряни, скопившейся в нем. На фоне дезинтоксикации давать успокаивающие вещества и приучать к труду, выработать какую-то эмоционально насыщенную доминанту (конечно, социальноположительную). Страсть уступает только страсти. «Свято место пусто не бывает»: если нет у человека за душой ничего, то возникает наркомания, пьянство, еще что-нибудь не достойное человека.

— А мой сын стал «балдеть» на «идейной» почве. Говорит, ваш мир, то есть наш, родительский, плохой, бесцельный — все труд да шмотки, ложь, сплошной обман. Уж лучше побывать в мире грез и иллюзий, где можно забыться и отдохнуть. Я ему: «От чего, мол, тебе отдыхать? Только 14 лет, ничего не добился, учишься на двойки, а еще идейную базу подводишь». Но разговор каждый раз впустую. И не к кому обратиться за помощью. Все говорят, что он не больной в полном смысле, пусть им государство занимается, комсомол, стройотряды. А тем ведь на все плевать. Врачи же твердят свое: не наше это дело, пусть вашим сыном комсомол занимается, пусть вкус и уважение к жизни прививает, врачи-то здесь причем? Не наше это дело. А чье же?

Таких монологов можно было бы привести много. Все они — крик души, зов о помощи. Только чаще всего они обращены не по адресу. Конечно, врачам не следует самоустраняться от помощи детям-наркоманам, но врачи должны быть консультантами, «дирижерами» сложной, многоплановой помощи им. Основной же труд должны взять на себя партийные, комсомольские и другие общественные организации. Нужно создавать любые объединения помощи таким больным. Врач должен быть в штате этих объединений, но исполнять только свои, сугубо медицинские обязанности, не беря на себя решение проблем сугубо социальных. Опыт западных стран учит этому убедительнее всего.

Наркоман наркоману рознь, 99 % подростков, употребляющих наркотики, не являются наркоманами, ибо у них нет признаков сильной зависимости от наркотиков. Но сегодня этих признаков нет, а завтра они появятся. Эпизодическое употребление наркотиков быстро может превратиться в болезненное. Большинство мальчишек и девчонок употребляют наркотики из любопытства, из моды, из подражания. Лишь единицы, особенно с биологической предрасположенностью, заболевают наркоманией. Должны ли психиатры и наркологи заниматься теми, кто не являются наркоманами, но уже вкусили отраву наркотиков? Не лечатся же у психиатров и наркологов все, кто один раз в жизни или один раз в месяц выпил стакан вина,— лечатся

лишь больные. Профилактика наркомании — в первую очередь дело немедицинских организаций. Врач может лишь давать советы.

На консультацию привели двенадцатилетнюю пациентку. Кто ее отец — неизвестно, мать лишена родительских прав за пьянство. До 7 лет девочка находилась в детском доме (мать оставила ее в роддоме, выпрыгнув из окна), потом ее взяла бабушка. Живут вдвоем. Пенсия бабушки — 66 р. Помощи ниоткуда нет. Мать дома не появляется, где она — никто не знает. Девочка отличалась повышенной раздражительностью, неустойчивостью психики, всегда шла по пути наименьшего сопротивления. В 11 лет впервые попробовала кодеин, а потом эфедрин. Так пристрастилась к наркотикам. Вначале испытывала яркие зрительные галлюцинации, было приятно. Постепенно втянулась. Не могла уже обходиться без наркотиков. Воровала, доставала их на черном рынке, покупала у медицинских работников, промышляла проституцией (живет половой жизнью с 12 лет). Одновременно стала употреблять алкогольные напитки, курить. В пьяном виде неоднократно доставлялась домой милицией. В школу девочка ходила редко, добывала наркотики и «ловила клиентов» Учителя на нее махнули рукой. Всем было на нее наплевать. Только бабушка переживала.

Попала в детскую психиатрическую больницу. Я поставил ей диагноз «смешанная форма наркомании», ибо больная была и наркоманкой, и токсикоманкой, и алкоголичкой

Бабушка просила подержать внучку в больнице подольше: «Что я с ней могу сделать? Не справлюсь. Она пьяная дерется, меня из дому выгоняет, обещает на пионерском галстуке повесить. Станет постарше,будет приводить домой кавалеров, меня уж точно выгонит Помогите чем-то, Христом-богом молю. Ведь все от внучки отвернулись»

Что тут ответить?

Пробыла девочка в больнице 4 мес. Зависимость от водки, наркотиков и токсических веществ у нее давно прошла Вылечилась от венерических заболеваний. Сейчас здорова, а значит, пора домой. Но ведь она вновь может оказаться среди наркоманок, проституток, воровок и т д., и снова все начнется. Кто-то должен оздоравливать социальную среду. Комсомол, женсоветы, общество борьбы за трезвость — все сообща, а иначе усилия врачей будут напрасны.

Наркомания — это лишь видимая часть айсберга общественного неблагополучия, но это и видимая часть айсберга индивидуального неблагополучия. Ведь почти у всех

юных наркоманов детский психиатр обнаруживает какие-то биологические, эмоционально-волевые и иные нарушения, способствующие возникновению зависимости от наркотика. Чтобы дети могли противостоять безнравственности, они должны быть воспитаны в высоконравственной атмосфере. Поэтому, прежде чем исправлять детей, исправьте себя, родители, исправьте себя, все взрослые люди, а уж потом требуйте того же от молодежи.

Как мы уже говорили, эта книга — не сборник рекомендаций, да и они в каждом конкретном случае должны быть разные. Я делюсь лишь своими размышлениями о детской психиатрии со взрослыми людьми, с вами, читатели. Я говорю вам: наука еще не все знает. Отчего внешне благополучные дети и подростки по собственной воле становятся алкоголиками и наркоманами? Ведь наркомания и алкоголизм — это не шизофрения или эпилепсия. Это болезни, которые человек сам добровольно себе избрал. А коли так, то лечить его, если он сам этого не желает, чаще всего бессмысленно. Поэтому таким лицам не нужно никакое анонимное или еще какое-то необычное, нетрадиционное лечение. Опыт медиков говорит, что вылечить наркомана, если он этого не желает, невозможно и вряд ли можно найти хотя бы одного человека, который прежде страдал от болезненного пьянства, а потом вылечился помимо своей воли. Таких людей нет. Все, кто вылечились, хотели этого: врач лишь помог реализоваться желанию больного.

Выделяют наркомании, когда человек принимает традиционные наркотические вещества (производные опийного мака, гашиш, кокаин и пр.); токсикоманию, развивающуюся вследствие употребления бензина, лакокрасочных и прочих ядовитых веществ, не вызывающих всей гаммы переживаний, которая возникает в случае приема наркотических веществ, и лекоманию, когда вместо наркотиков используют транквилизаторы, антидепрессанты и другие психотропные препараты. В широком смысле слова алкоголизм — тоже разновидность наркомании.

Что типично для всех видов наркомании? Во-первых, болезненное пристрастие к принимаемому веществу, причем чем дальше, тем большая доза наркотика требуется. Во-вторых, психическая и физическая зависимость от этого вещества, которая возрастает день ото дня. Психическая зависимость бывает двух видов: отрицательная привязанность (одурманивающее вещество принимают, чтобы снять дурное расположение духа) и положительная привя-

занность (одурманивающее вещество принимают для того, чтобы повысить настроение, хотя оно до приема вещества и не было плохим).

Однако как бы ни была сильна психическая зависимость от наркотического вещества, страшнее физическая зависимость: если наркоман какое-то время не употребляет наркотик, у него возникают мучительные ощущения в разных частях тела, боль в животе, рвота, судороги мышц рук и ног, озноб, учащенное сердцебиение и пр. Наркомана раздражает все на свете. Это состояние называется абстиненцией.

По мере усиления психической и физической зависимости от наркотика усугубляются личностные изменения. Вначале наркоман еще скрывает свою болезненную страсть, ведет двойной образ жизни, хотя в нем нарастает эгоизм, стремление изолироваться от здоровых людей. Потом наркоман начинает открыто искать возможности добыть наркотики. Чтобы удовлетворить свою страсть, он способен на все. Личность деградирует. Наркоман начинает воровать, бродяжничать, лгать... Иными словами, впереди полный распад психики, как и у алкоголиков. Трагический конец может не наступить, если больной захочет избавиться от губительного порока, прекратить прием наркотика. Расспросите любого, кто перестал пить водку или принимать наркотики, как ему это удалось, и он ответит, что сам это сделал, а врачи (если они вообще участвовали) лишь подтолкнули его к этому. И никто не знает примера, чтобы человек перестал пить или принимать наркотики вопреки своему желанию, только с помощью медикаментозного лечения.

Так что же все-таки делать? Дожидаться, когда алкоголик или наркоман сам одумается? Необходимо заставить человека исправиться, подтолкнуть его к желанию избавиться от порока. При этом все средства хороши. Плохих методов избавления от наркомании или пьянства не бывает.

Приходилось мне консультировать двенадцатилетнего паренька, у которого была страсть нюхать раствор аммиака, а также паренька чуть постарше, заболевшего гашишеманией. Эти дети нигде не состоят на учете, не лечатся. Матери уговаривали меня лечить их гипнозом. Мальчики не хотят лечиться. Учитывая последнее, я отказался заниматься этими больными, зря тратить на это время. Матерям я посоветовал то же, что обычно советуют в таких случаях: изолировать больного от других наркоманов, занять тру-

дом, заполнить его душу чем-то возвышенным и благородным, успокоить, внушить уверенность в себе, в способности найти иной, честный и здоровый образ жизни. Ну, а нужно ли консультировать такого субъекта у нарколога? Если все вышесказанное не помогает и ребенок продолжает катиться вниз, нужно непременно посоветоваться со специалистом из наркологического диспансера, поставить ребенка на учет. Лучше перестраховаться, лишь бы не пришлось упрекнуть себя в том, что не все сделано. Необходимо приложить все силы для того, чтобы вытянуть начинающего жизнь человека из наркотического омута.

НУ, А ЕСЛИ ШИЗОФРЕНИЯ?

Диагноз шизофрении вызывает у большинства людей, тем более у больного ребенка, чуть ли не шок. Так же реагируют больные на запущенный, неизлечимый рак, обязательно приводящий к смерти. Считают, что от рака наступает физическая смерть, а от шизофрении — психическая.

Конечно, если у ребенка шизофрения, то радоваться нет причины, но и драматизировать это обстоятельство, впадать в панику, безысходно смотреть на будущее сына или дочери, отказываться от лечения совершенно незачем. Существует несколько десятков основных форм этой болезни, каждая из них характеризуется своим типом течения (темпом развертывания заболевания, степенью нарушения адаптации и пр.) и имеет свой прогноз. Как и любая иная болезнь, шизофрения протекает в каждом случае по-разному, но как бы там ни было, многие лица, страдавшие шизофренией, в последующем полностью или почти полностью выздоравливают, если, конечно, выполняют рекомендации врачей.

Заболеть шизофренией можно в любом возрасте, но в основном она манифестирует в возрасте 16—25 лет. Дети заболевают ею в десять раз реже подростков и взрослых (по данным московских психиатрических диспансеров). В Москве из каждых 1000 человек населения ежегодно диагностируют шизофрению приблизительно у 2 мужчин и чуть меньше женщин.

Нужно отметить, что московских психиатров нередко обвиняют (и не всегда несправедливо) в том, что они гипердиагностируют шизофрению. В Ленинграде и во многих иных городах нашей страны этот диагноз ставится гораздо реже, нежели в Москве. Североамериканские и западно-

европейские психиатры еще реже диагностируют шизофрению.

Проявляется шизофрения странностями, чудачествами, немотивированными страхами, опасениями, идеями преследования и пр. При шизофрении разрушается гармоничное отношение к близким: у детей и подростков обнаруживается садизм, злоба, агрессия по отношению к родителям. У одних пациентов на первый план выходят бессмысленное возбуждение, неуправляемая крикливость; у других — апатия, бездеятельность, бесконечная лень; у третьих — бред и галлюцинации; у четвертых — болезненная убежденность в том, что черты лица сформированы неправильно; у пятых... Впрочем, перечислять все проявления этой болезни можно бесконечно. Многие из подобных странностей бывают и у практически здоровых людей, поэтому по какому-то одному симптому нельзя судить, болен или здоров ребенок.

Как и всякая болезнь (нефрит, пневмония, радикулит и пр.), шизофрения может протекать по-разному: в одних случаях она длится годами и десятилетиями, в других — проявляется в виде более или менее очерченных приступов, после каждого из которых наступают те или иные изменения личности (врачи называют это приступообразно-прогредиентным течением). Следовательно, можно выделить по меньшей мере два главных типа течения: непрерывное и приступообразное. Между этими двумя типами течения могут быть промежуточные, смешанные типы. И темп прогрессирования болезни и частота приступов тоже могут быть разными.

Выделяют еще и периодическую шизофрению.

Как мы уже отмечали, шизофрению считают наследственным заболеванием. Поэтому родители начинают искать ее признаки у себя и у своих родных. Они обвиняют себя в несчастье ребенка, корят себя чуть ли не до появления бреда самообвинения.

Узнав, что их ребенок болен шизофренией, некоторые родители думают только об одном: как бы никто из соседей, знакомых, сослуживцев не узнал об этом. Поэтому ребенка держат взаперти, никому не показывают, изолируют от детей. Нет ничего тайного, что не стало бы рано или поздно явным. Конечно, ничего хорошего нет в том, что сын или дочь больны, но и стыдиться этого не стоит: несчастье есть несчастье и к нему следует относиться соответствующим образом.

Если ребенка (в том числе и больного шизофренией)

изолировать от детей, то он наверняка будет развиваться односторонне. Тем более этого следует избегать, если речь идет о психически больном человеке. С кого ему брать пример, у кого учиться, кого копировать, против кого протестовать? Нет, ни в коем случае нельзя изолировать ребенка от сверстников. А как отнесутся к этому родители психически здоровых детей? Не станут ли они активно возражать против того, что их дочери и сыновья вынуждены общаться с психически больным ребенком? Наверное, будут возражать. Их тоже можно понять. Но нужно им и объяснить, что лишь в очень редких случаях психически больной ребенок может принести вред здоровому. Да и в чем вред? Искалечит? Такое бывает чрезвычайно редко — не чаще, чем калечат друг друга в обычных драках психически здоровые дети.

Что же должны делать родители, если их ребенок болен шизофренией? Только то, что советует им специалист и говорит их собственный здравый смысл. Лечить до самого конца, не впадать в отчаяние, стараться относиться к такому ребенку как к здоровому, тренировать, развивать недоразвитые или искаженные функции...

Мы не встречали ни одного случая, когда бы труды родителей в этом направлении были безрезультатными — практически всегда они приносят заметные, а порой и решающие плоды.

ИЛИ ЭПИЛЕПСИЯ?

Судорожные припадки встречаются у 2—4 % всех детей. Слово «эпилепсия» в переводе с древнегреческого означает «внезапное схватывание», «овладение», «взятие». Задолго до Гиппократа эту болезнь называли священной. Сам Гиппократ иронически относился к такому названию, он считал, что судорожные припадки возникают не потому, что боги или дьяволы наказали человека, а вследствие того, что в его мозге произошли какие-то болезненные перемены. Гиппократ заметил, что судорожные припадки бывают не только у людей, но и у животных, что так называемая священная болезнь не знает различий между человеком и самым примитивным животным. «Понаблюдай за козой, бьющейся в судорогах,— утверждал Гиппократ,— вскрой ей голову и ты найдешь мозг влажным, омываемым водянистой жидкостью с дурным запахом». Вот такова «священная болезнь». Ничего мистического в ней, как и в любой болезни, нет. А то, что не все механизмы и не все

причины эпилепсии пока разгаданы, говорит не о божественном происхождении ее, а о недостаточных человеческих возможностях, о недостатках науки и техники. Рано или поздно причины возникновения эпилепсии будут раскрыты, ибо разум человеческий не имеет границ. Человек по своим биологическим параметрам с времен Гиппократа не изменился, зато плоды трудов его возросли в фантастической степени.

Истинная эпилепсия, т. е. эпилептическая болезнь, у детей встречается редко — в основном речь идет об эпилептиформных синдромах: состояниях, похожих на эпилепсию, но вызванных какими-либо органическими изменениями головного мозга. Эпилептиформные синдромы чаще всего возникают вследствие родовых травм, сотрясения или воспаления головного мозга, а также по некоторым иным причинам. Эпилептиформные синдромы имеют тенденцию к постепенному уменьшению: время лечит не только сердечные раны, но и органические дефекты мозга, особенно приобретенные в детском возрасте.

Эпилепсию лечат лекарствами. Более половины больных эпилепсией полностью выздоравливают. Искусство врача заключается в том, чтобы подобрать правильное лечение,— это нелегко. Но временами еще сложнее заставить родителей регулярно давать лекарство больному ребенку. А ведь при эпилепсии особенно важно аккуратно, педантично выполнять все рекомендации медиков.

Порой родители сетуют: ребенка лечат слишком большими дозами медикаментов, нельзя ли их снизить? На это надо решительно заявить: не существует больших или малых доз, есть дозы адекватные, а есть неадекватные (уменьшенные или увеличенные — неважно). Но где критерии адекватной дозы? Научных школ в психиатрии много, ученых еще больше, и каждый считает свое мнение единственно правильным.

Назначаемые дозы зависят от множества причин и в первую очередь от клинических проявлений болезни.

Иногда родители пациентов просят назначить их сыну или дочери какое-нибудь новое эффективное лекарство, которого в аптеках нет, а за рубежом оно якобы имеется. Такие родители должны знать, что врач не имеет права выписывать рецепты на лекарственные средства, не разрешенные к применению на территории СССР. К тому же многие иностранные лекарства имеют вполне надежные, адекватные советские аналоги. Но, разумеется, за рубежом порой встречаются особенно замечательные препа-

раты, которых у нас пока нет. И нелепо винить врачей в том, что невозможно приобрести в аптеке тот или иной необходимый препарат. Чем хуже работает фармацевтическая промышленность, тем тяжелее положение и врачей: ведь нельзя же выписывать лекарства, которых нет в продаже.

Ребенок болен эпилепсией. Такой больной должен всегда помнить о возможном припадке и стараться не подвергать ушибам голову, не находиться долго на жаре или в душном помещении. Необходимо ограничить прием жидкости, меньше употреблять соленой, острой, кислой пищи. Не рекомендуется переутомляться, делать резкие движения. Ну и, понятно, необходимо достаточно спать: сон помогает при всех болезнях, а при психоневрологических тем более. Многое зависит и от того, как родители воспитывают такого ребенка: поскольку при эпилептической болезни часто ухудшается настроение и многие больные становятся хмурыми, раздражительными, временами даже злобными, злопамятными, мстительными, родители должны сглаживать их переживания, успокаивать их, не давать возможности «разряжаться» на первых попавшихся людях. Ласка, мягкость, иногда ирония, переключение внимания и интересов, формирование новых увлечений — все это помогает уравновесить настроение таких пациентов, сделать их более терпимыми и покладистыми. Создавать больным эпилепсией детям оранжерейные условия нельзя (это касается также больных любыми психоневрологическими заболеваниями), но и перегружать их тоже не рекомендуется.

В 1894 г. армянский писатель Александр Ширванзаде (1858—1935 гг.) опубликовал повесть «Злой дух». В ней показано одно несчастное семейство: отец-алкоголик, страдалица-мать и их дочь Сона. В 6 лет у девочки впервые появились судорожные припадки, болезнь протекала тяжело, припадки учащались. В наши дни девочку бы активно лечили и, наверное, трагедии бы не произошло. Это в наши дни. А в конце XIX в. судьба таких больных зависела от того, как относятся к ним семья и окружающие люди. Мать Соны, конечно, жалела дочь, но, чтобы выдать ее замуж, старалась держать в тайне ее болезнь. И вот вместо того, чтобы лечить Сону, измученные родители делали все, чтобы никто не прослышал о ее припадках. Конечно, они руководствовались самыми лучшими побуждениями. Они слышали, будто стоит такую больную выдать замуж, как все психические расстройства как рукой снимет. Поэто-

му девочка сидела взаперти, не общалась со здоровыми сверстниками. Так продолжалось до 18 лет. Потом она погибла.

Обычаи микросреды и сейчас еще играют громадную роль в судьбе многих душевнобольных: и сейчас в некоторых южных регионах родители неохотно обращаются к детским психиатрам. Из-за предрассудков, невежества, неверия в медицину родителей многие дети так и не получают систематического, эффективного лечения.

Смоделируем такую ситуацию: ребенок или подросток перенес шизофрению или эпилепсию. Болезнь уже прошла. Как может относиться прежний пациент к своей прежней болезни? Одни (и их подавляющее большинство) радуются выздоровлению, забывают о болезни. Живут нормальной жизнью и никогда не вспоминают о несчастье. Другие становятся ипохондриками, то есть болезненно опасаются рецидива болезни, изучают медицинскую литературу, прислушиваются к своим ощущениям и т. д. Третьи становятся крайне застенчивыми, робкими, у них развивается комплекс неполноценности, неверие в свои силы, неспособность проявить волевое усилие. Четвертые всех подозревают в плохом к себе отношении, в том, что окружающие попрежнему считают их шизофрениками или эпилептиками. Пятые полны страхов о том, что окружающие узнают об их прошлой болезни, что они могут оказаться в неловком положении, без конца сомневаются в себе, в своих силах, у них возникают навязчивые опасения. Перенесенная в прошлом болезнь нередко способствует патологическому формированию личности, она как бы прокладывает ему почву (биологическая аномалия всегда способствует появлению социально обусловленной патологии).

У некоторых людей, перенесших психическое заболевание, тем более с патологическим формированием характера, отмечается склонность к пьянству, а иногда и настоящий алкоголизм. В большинстве случаев причина пьянства носит не биологический, а социальный характер, и обусловлено часто это ощущением неполноценности и изолированности от здоровых людей, требующим какой-то искусственной компенсации.

Нередко возникает сложнейшая проблема такого рода. Один из супругов знает о своих психоневрологических особенностях, даже об аномалии, но, несмотря на это, хочет иметь детей. Что делать? Еще 15—20 лет тому назад врач лишь разводил руками в таком случае. Ответа на этот вопрос тогда еще не было. Сейчас — пусть не всегда, но в

большинстве случаев — ответ есть. Создана целая сеть медико-генетических консультаций, основная задача которых заключается в том, чтобы давать четкие советы конкретным супружеским парам. Мы не будем касаться этой стороны деятельности детских психиатров, иначе это уведет нас слишком далеко от задач книги.

В прежние времена люди стремились изолироваться от психически больных, не сталкиваться с ними. Сейчас эта тенденция уменьшается. Связано это не столько с ростом числа психических заболеваний, сколько с тем, что в результате повышения образования в вопросах психиатрии люди стали более терпимыми и гуманистически настроенными к таким больным. К этому выводу недавно пришли два американских психиатра, обследовавшие приблизительно полуторы тысячи произвольно выбранных психически здоровых граждан трех штатов. Каждому из обследованных предъявлялись типичные описания больных шизофренией, хроническим алкоголизмом, неврозом страха и ребенка с трудным поведением. Обследованных просили рассказать, как бы они относились к этим больным, если бы им пришлось быть рядом с ними. Большинство опрошенных в общем благожелательно отнеслись к ним,но почти все возражали против того, чтобы их дети вступали в брак с душевнобольными или с их потомками.

В ХАЛАТЕ ИЛИ БЕЗ?

Ребенок попадает в кабинет медицинского работника, он испуганно смотрит на человека в белом халате: вдруг тот назначит уколы или еще какие-нибудь болезненные процедуры? Человек в белом халате всегда или почти всегда ассоциируется в сознании маленького пациента с чем-то неприятным, опасным, нежеланным.

Так думает ребенок.

Ну, а как думает врач?

Для хирурга, инфекциониста — по существу для врачей практически всех (за очень малым исключением) специальностей — нет никаких сомнений, что врач должен быть в белом халате. Белый халат выступает в качестве символа принадлежности к медицинской профессии, как своеобразная спецодежда: хирург без халата — это все равно, что электросварщик без светозащитных очков. Какого же цвета будет халат — белый, голубоватый или желтоватый — значения особого не имеет.

А как обстоит дело с детской психиатрией? Есть ли не-

обходимость в том, чтобы медики обязательно носили белый халат? Тут мнения расходятся: одни (их незначительное меньшинство) за то, чтобы халаты вообще не носить. Подавляющее же большинство придерживается традиционного подхода, то есть считают, что халаты необходимо носить. Я знаю очень хороших врачей, которые не пользуются халатами. Когда к такому врачу приходит пациент, он нередко больше внимания обращает на одежду врача, чем на то, что тот говорит.

Но как же все-таки должен вести себя врач, если приходит ребенок, у которого страх белого халата, но который по психическому состоянию нуждается в немедленном и внимательном осмотре? Если ребенок очень боится белого цвета, халат можно на время снять — все должно делаться ради здоровья пациента, а не только ради престижа врача.

В возрасте после 6—7 лет страх белых халатов у детей практически не встречается. Стало быть, врачу уже незачем скрывать свою принадлежность к медицинской профессии и прятать халат. Поэтому школьников следует принимать только в белом халате: он не только символизирует профессиональную принадлежность, но и устанавливает ту грань, которая должна всегда существовать между медиком и немедиком, тем более пациентом. Знайте об этом, читатели, и не требуйте без достаточных оснований от врача снять халат.

А бывает, что мать обращается с прямо противоположной просьбой:

— Доктор, я вас очень прошу, когда придет мой сын, будьте в халате: он уважает врачей, но на тех, кто без халата, смотрит с недоверием. Однажды к нам в дом пришел педиатр. Одет врач был неряшливо, без халата, руки не помыл. Ну, а сын мой наблюдательный... Не поверил такому врачу.

— Сасибо, что предупредили. Врач должен учитывать желания своих пациентов, если, конечно, это пойдет им на пользу.

В «Апокалипсисе» (7-я глава) есть диалог:

— ...сии облаченные в белые одежды кто и откуда пришли?
— ...это те, которые пришли от великой скорби...

Белый халат — это не только символ чистоты врачебной профессии, но и символ той печали, с которой постоянно сталкиваются медицинские работники.

Родители не должны пугать ребенка врачом, но и незачем убеждать его в том, что врач — такой же человек,

как и все. Нужно внушать ребенку авторитет врача. Ребенок должен с раннего детства чувствовать, что врач любой специальности — это особый человек, что он располагает какими-то особыми знаниями и что пациент обязан слушаться и почитать медицинских работников. Если с детства у детей не воспитывать веру в врачей, то потом она не появится, а коли так, то и эффективность назначаемого лечения будет низкой: лечение помогает тем, кто верит в него.

Конечно, благоговейное отношение к медицинским рекомендациям не рождается только от присутствия белого халата у врача. Оно появляется в результате его поведения, профессиональной подготовленности и многих других факторов.

Следует ориентировать родителей на соблюдение правильного режима активности и занятости ребенка (двигательная активность — это не значит, что ребенок может носиться сломя голову, ушибаться головой и т. д., этого как раз следует избегать), на точный прием препаратов в течение многих лет, даже если внешних признаков болезни, например эпилепсии, уже нет. И, как мы много раз подчеркивали, не следует надеяться на чудеса — чудодейственных препаратов нет и не может быть. Лечение — это искусное комбинирование различных методов воздействия, особенно при психическом заболевании в детском или подростковом возрасте. Но, к сожалению, многие родители уповают только на чудеса: дескать, стоит провести сеанс гипноза или назначить какой-то один или в крайнем случае два препарата — и болезнь как рукой снимет. Конечно, бывает, что болезнь снимается гипнозом или одним только каким-то препаратом, но это встречается редко. Что же назначать, как лечить — это решит врач, а не родители пациента, которые порой требуют от медика, чтобы он лечил только тем методом, который им, родителям, нравится и в который они верят.

Выступая против навязывания врачу родительского мнения, я ни в коем случае не отвергаю важность веры в излечение — и пациента, и его родителей, и самого врача Если же эта вера противоречит здравому смыслу и достижениям науки, от нее бывает лишь вред.

Порой врачу кажется, что он все знает, что ничего сложного, непонятного в заболевании нет. Такая уверенность бывает либо у опытных специалистов, либо у начинающих. Нужно уметь отличать иллюзию понимания от истинного понимания. С годами осознанное непонимание

становится стимулом к стремлению познать неведомое, а иллюзия понимания мешает врачу реально оценить свои знания и двигаться дальше.

— Доктор, помогите, спасите моего ребенка! — как часто такие рвущиеся из сердца слова приходится слышать педиатру. Уж такая наша профессия: к нам идут только за помощью. За другим к врачам не ходят. Поэтому врач видит не всю жизнь, а только одну ее сторону. В его поле зрения попадают лишь определенные люди, только те, кто страдает каким-либо расстройством, относящимся к компетенции данного специалиста. В кабинет психиатра попадают лишь те люди, которые обнаруживают психическую, а не какую-нибудь иную патологию.

Исходя из всего вышесказанного можно подумать, что мышление психиатра направлено лишь в какую-то конкретную сторону, что оно одностороннее, ограниченное. Пока психиатр рассуждает о своих больных, он на высоте положения; как только он выходит за пределы своей профессии — он уже несостоятелен. Так это или не так — об этом можно спорить, но, вне сомнения, как бы психиатр не производил впечатление человека, чей мир ограничен общением с больным, и в силу этого он будто оторван от многообразной, реальной действительности,— во всех случаях такая точка зрения будет неправильной. Психиатры видят тот же мир, что и представители иных профессий, но психиатры замечают в нем нечто такое, на что не всегда обращают внимание другие люди. И душевнобольные, и психически здоровые живут в одном и том же реальном мире, из него они черпают содержание и направление своих мыслей и чувств. Только у больных это протекает болезненно. Более того, у психически больных выливается наружу то, что у здоровых на уме и что они тщательно скрывают.

Детский и подростковый психиатр, в отличие от других психиатров (судебных, общих и т. д.), должен обладать особым кругозором, особой интуицией. Ведь он работает с подрастающим поколением, он не только врач — он еще и воспитатель, учитель, советчик, образец для подражания. На нем лежит большая ответственность: и лечебная, и воспитательная, и мировоззренческая. Вот, читатели, какова профессия детского психиатра.

ЛЕКАРСТВА: ЛЕЧАТ ИЛИ КАЛЕЧАТ?

Этот вопрос родители задают почти так же часто, как и вопрос о прогнозе заболевания сына или дочери. Односложный отрицательный ответ («нет, не калечат») многие воспринимают с недоверием. Необходимо терпеливо беседовать с пациентами и их родителями, разъяснять все, что непонятно в течении и прогнозе заболевания. Остановимся на этой стороне деятельности психиатра несколько подробнее.

Диапазон лекарственных средств, находящихся в арсенале специалиста по детской психоневрологии, очень велик.

При лечении судорожных нарушений широко используют люминал (фенобарбитал) и некоторые сходные с ним препараты. Больные принимают их годами. Если эти лекарства и оказывают на организм ребенка какое-либо нежелательное действие, то оно заключается главным образом в том, что пациент становится более вялым, апатичным, чем обычно. В таких случаях следует рассказать обо всем этом врачу и он либо уменьшит дозу, либо назначит лекарства, уравновешивающие снотворное действие производных люминала, даст советы по режиму и диете.

Помимо люминала и его производных часто используют другие противоэпилептические препараты: суксилеп, финлепсин и др. Их назначают при малых припадках, протекающих без судорог, но с нарушением сознания (с кратковременным отключением его, с психопатологическими или автоматическими двигательными проявлениями). Эти препараты в возрастных дозах не вызывают заметных побочных действий, но их употребление требует регулярного контроля картины крови.

На заре моей врачебной деятельности со мной произошел случай, который многому меня научил.

Однажды ночью я проснулся в холодном поту: во сне вдруг пришло в голову, что я передозировал препарат пациенту, которого консультировал несколько дней назад. Томительно тянулись часы. Наконец наступило утро, и я отправился домой к этому больному. Главное, думал я, чтобы он не начал принимать лекарство. Но как объяснить родителям свой неожиданный визит? Что подумают они, в каком виде я предстану теперь в их глазах? Все эти вопросы неотступно маячили в сознании. Но,взяв себя в руки, я успокоился: в конце концов ничего страшного не произош-

ло, доза превышала возрастную более чем в два раза, препарат малотоксичный, от передозировки его никто не умирал, не становился инвалидом, не нарушалась функция ни одного органа. Значит, все мои страхи с логической точки зрения пустые. Тем не менее я очень переживал свою оплошность, переживал из-за самого факта ее существования. Как я мог допустить такую ошибку? Никогда раньше ничего подобного со мной не случалось, а тут наступило какое-то затмение, выпадение памяти, «заскок», абсурд. Как я мог это совершить? Я беспрерывно ругал себя и никак не мог успокоиться.

Приехав к пациенту, придумал легенду о том, что случайно оказался в его краях и решил заскочить к нему, чтобы посмотреть, как на него действует лекарство по утрам, нет ли каких либо побочных явлений. Родителям больного, вероятно, и в голову не пришло, как я мучился всю ночь, им были невдомек истинные причины моего неожиданного визита.

Подобные истории случаются с каждым врачом, от них никто не застрахован. Причин передозировок много, не всегда их можно объяснить. К счастью, в психиатрии редко используют препараты, передозировка которых может иметь какие-либо серьезные последствия для пациента. И страхи родителей, что врачи могут назначить лекарство, которое усилит душевное заболевание, чаще всего необоснованны. Опасны не описки врачей, а невежество некоторых из них — вот от чего главный вред. Например, лечение инсулиновыми комами, которое широко используется в психиатрии, одним пациентам приносит несомненную пользу (часто эти больные полностью выздоравливают благодаря инсулинотерапии), на других никак не отражается, у третьих может вызвать стойкие осложнения. Если больной вял, пассивен, у него пропал вкус к жизни, ликвидированы все желания и малейшее проявление жизненной энергии, лечение инсулином может усилить и без того выраженную симптоматику. Но назначают больным инсулинотерапию врачи, а не сами пациенты, и назначают на основании правил, инструкций, учебников. Вот тут важно не ошибиться.

Интуиция — дочь опыта, мать проницательности и сестра наблюдательности, решительности. Порой бывает так: врач делает все верно, по инструкции, а толку нет, даже бывает вред. В чем дело? Что-то здесь не так. Значит, надо отойти от инструкций, пойти каким-то иным путем.

Когда пациент покупает лекарство, он чаще всего обнаруживает сопровождающую препарат аннотацию о действии этого медикамента. Обычно больные всерьез относятся к этим аннотациям, врачи же — не всегда. Почему? Это объясняется очень просто. У каждого врача свой опыт, своя интуиция; больные — тоже разные люди, каждый из них требует индивидуального подхода при лечении. Поэтому одному пациенту врач назначает дозу, во много раз меньшую, чем указано в аннотации, другому — большую, третьему — такую же, четвертому... И все будет правильно. Только не все врачи вникают в подобные нюансы и не все берут на себя ответственность. Ведь лечить по инструкции спокойнее, никто не обвинит в случае неудачи. И только когда состояние больного настолько плохое, что хуже уже не станет, тогда врач не боится рисковать, чтобы хоть чуть-чуть помочь несчастному.

С конца 40-х годов медики стали использовать литические коктейли, т. е. смеси препаратов, которые способствуют расслаблению мышц, успокаивают пациента, особенно при проведении хирургической операции. Предложенные Лабори, Гюгенаром и другими французскими врачами, эти коктейли завоевали широкую популярность и вскоре их применение стало выходить за пределы хирургии. 13 февраля 1952 г. они были впервые использованы при воздействии на душевнобольных: с этого началась новая эра в психиатрии — эра психотропных средств.

В 1952—1954 гг. парижские психиатры Жан Делей и Пьер Деникер начали лечить душевные болезни некоторыми препаратами, входившими в состав литических коктейлей. В первую очередь они использовали хлорпромазин (он известен в нашей стране под названием аминазина). Результаты были ошеломляющие: хронически больные люди, доселе неспособные находиться в обычных условиях, среди практически здоровых людей, из-за неправильного поведения, странностей, бреда, галлюцинаций и т. д., пройдя курс лечения хлорпромазином, становились совершенно иными, а большинство из них полностью выздоравливали.

Все те нарушения психики, которые мешали им вернуться в нормальную среду, исчезали, если они начинали систематически принимать соответствующие дозы этого препарата.

Благодаря аминазину стала усиленно развиваться внебольничная психиатрия: оказалось, что многие больные не нуждаются в госпитализации, ведь они могут принимать

эти лекарства дома. Удалось наладить поддерживающую терапию больных после выписки из стационара. Каждый раз больному назначают дозу, которая ему необходима (да он и сам часто меняет дозу в зависимости от своего состояния). Наконец, массовое использование психотропных лекарств дало ученым мощное оружие в изучении самих психических болезней, раскрыв многие, прежде неизвестные механизмы патогенеза этих заболеваний.

Лавинообразное увеличение числа препаратов психотропного действия привело к тому, что возникла целая индустрия, вырабатывающая лекарства, направленные не только против определенных болезней и их синдромов, но и против отдельных симптомов, которые служат как бы мишенями, на которые направлены те или иные лекарства.

НОВАЯ ЭРА

Открытие психотропных препаратов — самая крупная революция в истории психофармакотерапии, изменившая проявления психических расстройств. Благодаря использованию этих препаратов, наряду с другими лечебными факторами, некоторые из болезней, которые в прошлом широко встречались, сейчас стали очень редкими, а многие заболевания изменили свое лицо. Психотропные препараты сделали проявления этих заболеваний менее заметными и явными. Но широкое распространение психотропных препаратов имело и свою оборотную сторону, отрицательную: благодаря тому что эти лекарства легко принимать (это в основном таблетки), многие люди стали их использовать без назначения врача и без всякой серьезной необходимости. Бесконтрольный прием этих лекарств может изменить биологическую реактивность человека, выработать у него привыкание к ним. Об этом необходимо помнить.

Психофармакотерапию никогда нельзя отрывать от психотерапии, они должны использоваться только комплексно. Бесконечная погоня за открытием все более новых лекарств иногда приводит к тому, что забывается роль в избавлении от многих душевных расстройств (в том числе и от шизофрении) такого эффективного метода, как психотерапия.

Психотропные препараты, как правило, не дают никаких серьезных побочных действий, которые не могли бы быть безболезненно устранены. Одно из них — возникновение нейролептического синдрома. Что это такое?

При длительном приеме трифтазина, аминазина и некоторых других лекарств или при их передозировке в деятельности центральной нервной системы происходят некоторые изменения: пациент становится скованным, вялым, иногда у него появляются легкие судорожные подергивания лицевых мышц. Самое простое, что необходимо сделать для снятия этих побочных явлений,— уменшить дозу препарата. Так чаще всего и поступают врачи. Но иногда бывает, что принимать лекарство нужно годами, а у пациента индивидуальная повышенная чувствительность к нему. Что же делать? В таких случаях врач одновременно с психотропными лекарствами назначает так называемые корректоры (циклодол, ромпаркин и пр.), главная цель которых — предотвращать появление нейролептического синдрома. Иными словами, порой приходится давать больному два лекарства: одно лечит, а второе ликвидирует побочные действия.

При назначении лечения конкретному больному врач меньше всего следует шаблонам. Каждая личность (в том числе личность ребенка или подростка) уникальна, поэтому неповторимы, нестандартны и проявления болезни. И метод лечения каждый раз особый. Родители не должны бесконтрольно, самостоятельно менять лечение. Если они хотят помочь своему ребенку, то им следует педантично выполнять рекомендации специалиста.

Родители должны относиться к врачам с полным доверием, и если у них возникают в чем-то сомнения, в первую очередь советоваться со специалистами. Особенно это касается выбора лекарств.

Почти всех родителей, волею судеб оказавшихся в кабинете детского психиатра, мучает вопрос: принесет ли ребенку вред то, что он состоит на учете у психиатра. Ответить отрицательно на этот вопрос — значит сказать заведомую неправду. Если больной страдает некоторыми формами шизофрении и эпилепсии, а также слабоумием или психопатией, то он автоматически лишается некоторых прав: большинство таких пациентов не могут по состоянию здоровья служить в армии, учиться в определенных учебных заведениях и пр. Ограничений немного, но некоторые из них существенны.

Обоснованы ли эти ограничения? Конечно. Нужно думать о здоровье человека, но нужно думать и об обществе. В самом деле, получит душевнобольной доступ к оружию, придет ему в голову какая-то блажь, нажмет не ту кнопку — и тысячи людей будут уничтожены. Что же касается детей и подростков, страдающих неврозами, неврозопо-

добными и многими иными расстройствами, о которых в основном шла речь в нашей книге, то пребывание на учете у детского психиатра им не принесет ни малейшего вреда. К сожалению, по незнанию или из-за необоснованных страхов некоторые родители предпочитают, чтобы их дети вообще не лечились у детского психиатра, хотя имеется большая в этом необходимость.

Без существенной причины к психиатрам не ходят. Значит, случилась беда, и только врач поможет. Тем же, кто боится психиатров, со временем приходится горько раскаиваться в этом, так как лечение эффективно только на ранних стадиях душевных заболеваний.

Детей и подростков с психическими расстройствами лечат как амбулаторно, так и в стационаре. К последним относятся не только больницы, но и санатории, которых в нашей стране становится все больше. Подавляющее же большинство детей и подростков с теми или иными психическими отклонениями лечатся амбулаторно. Режим работы кабинетов детских психиатров в поликлиниках общего типа или в психоневрологических диспансерах такой же, как и в общей педиатрической сети.

Во второй половине XX в. в психиатрии (как и в других областях медицинских наук) возникло новое направление, суть которого заключается в следующем. Раньше врачи лечили больных, излечивали их и затем «отпускали на все четыре стороны». Как потом бывший больной устроится в жизни, как он приспособится к новым для себя условиям (ведь он уже не тот, что был до болезни), этого вопроса врач не касался. Со временем стало ясно, что такого лечения недостаточно. Врач не должен замыкаться в своей узкой медицинской деятельности, не должен останавливаться только на том, что он вылечил человека или просто сделал все возможное, все что в его силах. Нужно довести дело до конца, нужно чтобы медицинский работник помог больному еще и приспособиться к жизни. Это новое направление получило название реабилитационного. Слово «реабилитация» означает «восстановление в правах». Нужно восстановить больного в его социальных правах. Таким образом, функции психиатров резко расширились. Случилось это не только потому, что общество возложило на медицинских работников подобные обязанности, а и потому, что сами медицинские работники тоже занялись этой работой. Психиатры (в том числе детские и подростковые) одними из первых стали научно разрабатывать проблемы реабилитации психически больных.

В последние десятилетия в нашей стране стала интенсивно развиваться психотерапия детей и подростков — метод лечения разнообразных недугов с помощью психических методов воздействия. Психотерапевты занимаются не только больными людьми, но и здоровыми, находящимися в состоянии психологического напряжения. Поэтому точками приложения психотерапии являются и спорт, и искусство и другие виды деятельности.

Ни об одной сфере знаний не существует столько невежественных суждений, как о психотерапии. Поэтому рассмотрим (очень кратко) составные компоненты этой науки, используя прием исторического анализа. Сразу оговоримся, что мы не можем и не должны обучать читателей всем методам психотерапии, хотя некоторые из них мы уже приводили.

В нашей стране всегда были сильны психотерапевтические традиции. Одним из центров отечественной психотерапии был Харьков. Здесь работали выдающиеся советские психотерапевты К. И. Платонов и И. З. Вельвовский. Здесь существует одна из немногих в Советском Союзе кафедр психотерапии, на которой готовят будущих психотерапевтов.

Известно, что от дурного слова можно заболеть, от хорошего — выздороветь. Психотерапия всегда касалась проблем, которые многим казались мистическими, чуть ли не колдовскими, это вызывало настороженное отношение к ней официальной медицины (в том числе и многих психиатров). Подозрительность к психотерапии не исключена полностью и в наши дни.

Взаимоотношения психотерапии и психиатрии (как части медицины) сложны и дискуссионны. Если суммировать различные точки зрения, то они могут быть сведены к следующим основным положениям: часть исследователей считают психотерапию составной частью психиатрии, другие (в большинстве своем практические психотерапевты) утверждают, что психотерапия — это самостоятельная область знаний и умений, что она не только не часть психиатрии, но вообще занимает промежуточное место между медициной и некоторыми гуманитарными областями знаний. Психотерапия предназначена для лечения неврозов, многих психосоматических заболеваний (например, некоторых форм бронхиальной астмы, гипертонической, язвенной болезней, поносов и т. д.), ликвидации состояний пси-

хологического напряжения и пр., т. е. тех явлений, которые, как правило, не поддаются традиционному психиатрическому воздействию (да и компетенция психиатров не всегда распространяется на данный контингент людей). Однако, несмотря на спорность места психотерапии в системе знаний, она более всего примыкает к психиатрии и к психологии, поэтому психотерапевт (независимо от того, врач он или психолог) должен хорошо ориентироваться в этих дисциплинах.

Психотерапия включает в себя более 200 основных, самостоятельных лечебных приемов, одним из которых является гипноз — особый вид лечебного внушения. История психиатрии первых 100—125 лет — это по существу история изучения гипноза, ибо именно гипнозом в течение многих лет исчерпывалась психотерапия.

История любой науки — это прежде всего история людей и идей, за каждым научным открытием всегда стоят сложные человеческие судьбы, жизни конкретных людей.

Основатель современной психотерапии — венский врач Франц Антон Месмер (1734—1815 гг.). Следует отметить, что Вена и потом была своего рода родиной психотерапии — многие выдающиеся психотерапевты прошлого были так или иначе связаны с этим городом.

Месмер лечил и детей, и взрослых, он отличался глубокой и бесстрашной любознательностью, постоянным стремлением познать явления, вызывавшие у многих его современников чувство растерянности и недоверия. Месмер лечил своих пациентов бесплатно, чем вызывал зависть коллег. Он одинаково ровно держался с людьми разного социального положения, и это еще больше усиливало неприязнь к нему. Месмер был разносторонне развитым человеком, общавшимся с лучшими умами Европы. Не понимаемый современниками, Месмер скитался по Европе и умер в нищете и безызвестности.

Человеческое общество можно сравнить с лесом — густым и смешанным. Некоторые деревья в нем очень большие, в тени их скрываются маленькие. Сосчитать их, эти маленькие деревца, практически невозможно, да они и незаметны совсем, так как надежно закрыты большими деревьями. Подул сильный ветер. Большие деревья гнутся, трещат, некоторые ломаются. А маленькие деревца стоят, как стояли. До них ветер и не доходит. Тем, кто выше, сильнее, заметнее, всегда плохо. Они принимают удар на себя, они защищают остальных, даже если те и тяготятся этой

защитой и протестуют против нее. Так всегда было и в жизни. Поэтому судьба гениев редко была счастливой.

Мало кто из психиатров прошлого и настоящего не критиковал Месмера. Ругали его за то, что он не сделал то-то и то-то. Это все равно, что критиковать Ньютона за то, что он не создал атомную физику, Пушкина — за то, что он не писал натюрмортов, а писателей — за то, что они не марсиане.

Месмер был первым профессиональным психотерапевтом, который поставил суггестологию (один из разделов психотерапии) на службу медицине вообще и психиатрии в частности.

Можно сказать, Месмер открыл «целину», открыл «целый континент», но оценить истинное значение своего открытия не смог (вспомним Колумба, всю жизнь искавшего Индию, а открывшего Америку и до своей смерти не понимавшего великое значение своего открытия).

Пионер психотерапии, Месмер использовал учение о лечебном влиянии магнитов, существовавшее с далеких времен. Месмер магнетизировал своих пациентов, и они выздоравливали. Вскоре он обнаружил, что лечебная сила скрыта не в магнитах, а в нем, Месмере, ибо без того воздействия, которое врач производил на пациента, никакие магниты не имели лечебного эффекта. Месмер считал, что из него выходят особые флюиды — специфический вид энергии. Он также заметил, что разные люди по-разному внушаемы: одни больше (особенно те, кто хочет, чтобы им что-то внушили), другие — меньше. Наиболее внушаемых Месмер излечивал от функциональной слепоты, нарушений сна, аппетита и других расстройств. Конечно, и до Месмера были известны феномены внушения, но именно Месмер обобщил (на уровне своего времени) все сведения о внушении, собранные его предшественниками, и широко использовал внушение в лечебных целях.

Когда этот красивый, высокий мужчина появлялся в парижских салонах, его лиловая мантия с ослепительно сверкающими пуговицами привлекала к себе всеобщее внимание. Когда он повелительным голосом обращался к аудитории, уже наэлектризованной ожиданием месмеровских чудес, все, что он делал, напоминало красочный спектакль, в котором не было безучастных и недоброжелательных зрителей.

Месмер часто демонстрировал сеансы внушения, и у него появилось много последователей. Один из них, кавалерийский офицер граф Максим де Пюисегюр (1751—

1825 гг), внес значительный вклад в психотерапию. Проводя внушение пастуху по имени Виктор, Пюисегюр обнаружил, что тот периодически впадал в особое душевное состояние, во время которого ему можно было внушить практически все. Пюисегюр назвал это состояние чрезвычайно повышенной внушаемости сомнамбулизмом. Помимо этого любознательный граф заметил, что, выйдя из состояния сомнамбулизма, человек нередко выполняет то, что ему было внушено в состоянии сомнамбулизма. Впоследствии этот феномен был назван постгипнотическим внушением, которое широко используется в современной психотерапии.

Под влиянием Месмера в Европе появилось много так называемых магнетизеров, которые разъезжали по разным городам с эстрадными концертами, с демонстрацией феноменов внушения. Это, естественно, вызывало повышенный интерес к внушению и стимулировало любознательных людей к более глубокому изучению загадочных явлений. На одном из таких концертов, который давал знаменитый магнетизер Лафонтен (внук знаменитого французского баснописца), побывал английский хирург Джеймс Брэд (1795—1860 гг.). Под огромным впечатлением от всего того, что демонстрировал Лафонтен, Брэд увлекся внушением и в 1843 г. опубликовал книгу об этом явлении. В ней автор впервые употребил слово «гипноз», назвав им этот особый вид внушения, и высказал предположение, что гипнотическое состояние — это нечто похожее на сон. Брэд впервые использовал и самовнушение, придавая ему большое значение в терапевтической практике.

Брэд открыл новую главу в изучении психотерапии, но добрэдовскую эпоху мы осветим недостаточно, если не расскажем о знаменитом аббате Фариа (1756—1819 гг.), имя которого гремело в начале прошлого века, а сейчас оно мало кому знакомо, разве только поклонникам «Графа Монте-Кристо» А. Дюма, где легендарный аббат упоминается в особой романтической обстановке.

Хосе Кустодио Фариа родился в Индии, жил в Португалии и Италии. В 1789 г. он приехал в Париж и радостно встретил французскую революцию. Следует, кстати, отметить, что Месмер, Пюисегюр и многие другие психотерапевты были сторонниками социальных реформ и с неприязнью относились к Наполеону, уничтожившему многие завоевания революции 1789 г. После свержения Наполеона бывший аббат и бывший санкюлот стал публично заниматься магнетизмом. Он открыл зал магнетизма, в котором

демонстрировал различные психологические феномены. Фариа разработал несколько приемов усыпления, которые используются и в наши дни.

Церковники выступали против опытов, проводимых бывшим аббатом, так же, как они выступали против опытов Месмера и других пионеров психотерапии. Хосе Фариа пришлось прекратить свою деятельность. Он публично покаялся в своих занятиях, получил приход и стал смиренным аббатом, втайне продолжая заниматься внушением. Он написал книгу, посвятив ее своему учителю Пюисегюру. Умер Фариа при невыясненных обстоятельствах, что породило множество разнообразных слухов. На родине Фариа, в Индии, стоит памятник этому бесстрашному человеку.

В ПОИСКАХ ИСТИНЫ

После выхода книги Брэда изучение гипноза пошло более быстрыми темпами. Оно продолжалось преимущественно во Франции и было связано в первую очередь с именем знаменитого невропатолога Жана Мартена Шарко (1825—1893 гг.). Шарко пришел к выводу, что гипноз — это явление патологическое, не свойственное человеку с обычной психикой. Подобные взгляды не нашли поддержки у многих внимательных врачей. Одновременно с возникновением школы Шарко в маленьком французском городке Нанси образовалась так называемая нансийская школа гипнологии; в нее входили Ипполит Бернгейм (1840—1919 гг.), Амбруаз Льебо (1823—1904 гг.), несколько физиологов и юристов. Представители нансийской школы считали гипноз одной из форм повышенной внушаемости («Не может быть гипноза без внушаемости»,— говорил Бернгейм), а также утверждали, что ничего патологического в гипнозе нет.

В Нанси съезжались со всего мира врачи, стремившиеся научиться гипнотерапии. Приезжал в Нанси и Фрейд, который перевел на немецкий язык монографию Бернгейма. До этого Фрейд учился у Шарко, но остался не удовлетворенным не только школой Шарко, но и вообще всем состоянием гипнологии. Его интересы начали выходить за пределы гипнологии, и это привело к созданию психоанализа. По мере роста популярности психоанализа интерес к гипнотерапии уменьшался, но до начала 30-х годов был еще значителен.

Иногда можно слышать мнение о том, что-де серьезные психиатры гипнозом не занимались, что это все дело уче-

ных-романтиков (примером такого ученого многие считают Владимира Михайловича Бехтерева — великого представителя отечественной науки), студентов и поверхностных людей. Нет ничего нелепее такой точки зрения: она — плод невежества. Даже, казалось бы, такой суровый ученый, посвятивший себя только изучению клиники психических заболеваний, как Крепелин, лечивший больных главным образом для того, чтобы понять суть их заболевания, а не для того, чтобы им помочь (у Крепелина очень мало работ, посвященных терапии, он был весь нацелен на науку, а не на практику), занимался гипнозом, хорошо владел им. Он опубликовал статью о гипнотерапии, но потом перестал заниматься гипнозом из-за «длительности и однообразия процедуры», как он сам потом признавался.

Авторитет гипнотерапии поддерживался таким выдающимся ученым, каким был швейцарский энциклопедист Август Форель (1848—1931 гг.). Форель дифференцированно подошел к проблеме человеческой внушаемости вообще и гипноза в частности. Он считал, что все люди более или менее внушаемы, и выделил три степени внушаемости. Первая характеризуется тем, что человек пребывает в полудремотном состоянии и в любой момент может прекратить поддаваться внушению. В случае внушаемости второй степени возможны все внушения в сфере двежений, а в случае третьей степени внушаемости (при сомнамбулизме) возможны любые внушения, такие, как, например, внушенные положительные и отрицательные галлюцинации (то есть можно внушить человеку видение несуществующих явлений и невидение того, что есть), гипнотическая гипермнезия (обострение памяти вследствие внушения, когда человек начинает вспоминать то, чего наяву не помнит) и т. д. Первая степень внушаемости может быть достигнута у всех, кто желает, чтобы им что-то внушили; вторая — примерно у 30 %, а третья — у 5—6 % людей. Без желания пациента внушение невозможно. В гипнотическом состоянии можно вызвать только те феномены, которых пациент подсознательно желает, если они не противоречат этическим и эстетическим принципам личности. Иным словами, в гипнотическом состоянии нельзя вызвать те явления, которые нежеланны: человека нельзя заставить выдать тайну, если он этого не желает, нельзя направить на совершение правонарушения и т. д. Загипнотизировать можно того, кто хочет этого. Если такого желания (сознательного или бессознательного) нет, никакой гипноз невозможен. Это на себе ощутил еще Месмер. Однажды Парижская академия

наук создала специальную комиссию для выяснения традиционного вопроса, который всегда вставал перед осторожными и подозрительными людьми, когда они думали о внушении: не шарлатан ли Месмер? В состав комиссии входило несколько ученых, известных своей сдержанностью, рассудительностью и уравновешенностью. Месмер согласился их магнетизировать (это была его большая ошибка: тех, кто считает врача шарлатаном, никогда не следует гипнотизировать); почтенные академики приняли удобные позы и стали внимательно слушать речи Месмера, запоминать и анализировать. Естественно, что никому из них Месмер ничего не смог внушить. Обрадованные этим, академики официально объявили Месмера жуликом.

ГИПНОЗ, ПАЦИЕНТЫ И ПСИХИАТР

Степень погружения в гипнотическое состояние зависит не только от желания пациента и его врача, но и от возраста пациента. В дошкольном возрасте используется внушение в бодрствующем состоянии или перед засыпанием либо просыпанием. Особенно часто применяется расширенный гипноз — сон: суть его заключается в том, что ребенка вводят в состояние сомноленции, в этом состоянии он находится примерно 40—60 мин, а затем врач выводит его из этого состояния или переводит лечебный сон в физиологический. Метод абсолютно безвредный. Более того, он полезен практически всем больным с соматическими заболеваниями, неврозами и другими нарушениями.

Если приемы внушения безвредны, то почему же врачи используют их редко? Это связано со многими причинами. Прежде всего, этот вид лечения — не панацея. К тому же это пассивный метод терапии: больной только подчиняется врачу — сам же ничего не делает для того, чтобы выздороветь. Поэтому в психотерапии детского и подросткового возраста чаще всего используют приемы, направленные на активизацию пациента, на то, чтобы он сам активно стремился вылечиться и самостоятельно выполнял рекомендации врача. Это должны знать все, кто уповает только на гипноз, а сами ничего не делают, чтобы помочь себе. Некоторые пациенты — и особенно их родители — требуют, чтобы их лечили только гипнозом и ничем более. Это связано с их малой осведомленностью в этой области. Психотерапевты всегда выступали против подобной гипнозофилии, помня и то, что иногда, чем чаще проводятся сеан-

сы лечебного внушения, тем меньше терапевтический эффект.

Внушение внушению рознь, виды гипнотического состояния различны, боязнь отрицательных последствий лечебного внушения основаны на недоразумении и невежестве. Нужен пациенту гипноз или нет, должен решать только специалист. Гипноз может применяться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Никакой необходимости в госпитализации для лечения гипнозом нет: тут дело не в методе лечения, а в общем состоянии больного. Эффективность гипнотерапии чрезвычайно мала, если пациент не выполняет всех рекомендаций врача, если активно не стремится к своему выздоровлению.

Вернемся, однако, к Форелю. Он был крупным прогрессивным деятелем, одним из создателей общества «Швейцария — СССР», активно выступал в защиту Советского Союза, помогал нашей стране материально. Одна из психиатрических больниц в Ленинграде, разрушенная потом во время Великой Отечественной войны, называлась его именем. Два ученика Фореля — Эуген Блейлер и Адольф Майер (1866—1950 гг.) — особенно прославили своего учителя. Они внесли большой вклад в развитие психогигиены.

Людей истерического типа, психопатов трудно загипнотизировать из-за их эгоцентризма и нежелания подчиняться, еще труднее таких людей систематически лечить гипнозом. Чем гармоничнее и здоровее душевно человек, тем легче его лечить гипнозом.

Зачем я все это рассказываю вам, читатели? Затем, чтобы вы знали, что такое психотерапия, чтобы имели представление о ее истоках, о тех, кто ее формировал. Это были великие люди, но, как все люди на земле, они имели свои особенности, и из них не нужно делать богов.

Психотерапевты — это не сверхчеловеки, способные на чудеса. Они не могут сделать жизнь человека вечной, они не могут дать ему счастье. Нередко, излечивая пациентов от душевных болезней, они не в состоянии изменить ту неблагоприятную среду, которая провоцирует проявления психических заболеваний.

История гипнологии немыслима без имени великого Бехтерева. Он разработал (одновременно с другими учеными) систему коллективной гипнотерапии больных алкоголизмом. Так же как и Форель, Бехтерев выделял три степени (стадии) гипноза и детально определил показания к применению некоторых приемов психотерапии.

После смерти Бехтерева и Фореля интерес к гипнотерапии неуклонно падал. Это было обусловлено несколькими причинами. Во-первых, терапевтическая эффективность гипнотерапии невысокая, гипнозом можно лечить далеко не всех людей (хотя некоторые врачи об этом забывают и лечат гипнозом всех больных, без разбора, дискредитируя тем самым этот метод лечения). Во-вторых, с начала XX в. появилось много других методов психотерапии, которые вытеснили гипнотерапию. И когда в 1965 г. в Париже после полувекового перерыва собрался второй международный конгресс по гипнозу, участники его с грустью вспоминали о «золотом веке» гипнотерапии — XIX столетии. Сейчас конгрессы по гипнозу проходят каждые два года, но они уже не так интересны и информативны, как те, что бывали во времена великих психотерапевтов прошлого.

ГОЛОС РОЖНОВА

В последние годы среди многих врачей вновь усилился интерес к гипнозу. Как говорит крупнейший современный психотерапевт профессор В. Е. Рожнов, от гипноза ушли, к гипнозу пришли. Возросло стремление синтетически использовать его в комплексе со всеми другими приемами психотерапии, лечебной педагогики и психофармакологии.

Одно из самых больших впечатлений в моей жизни — впервые увиденный сеанс гипноза. Я учился на 4-м курсе медицинского института, когда нас, кружковцев, повели на сеанс гипноза, который проводил тогда уже легендарный В. Е. Рожнов. До этого я никогда не видел гипноза и имел о нем весьма смутное представление.

В зале находилось 5—6 больничных коек, на которых лежали молодые мужчины. Они чего-то ждали. Вдруг в зал вошел мужчина и резким повелительным голосом приказал: «Спать!» Больные приняли удобную позу и закрыли глаза. Врач несколько раз повторил одно и то же слово «Спать!» и отошел к окну, рассказывая нам, что это больные алкоголизмом, что они много и безуспешно лечились разными способами, что у них слабая воля и поэтому они не могут сами избавиться от своей пагубной привычки.

Врач (а это был В. Е. Рожнов) вновь обратился к больным и стал им внушать, что при мысли о водке у них начинается тошнота, что они задыхаются от рвоты, что они ненавидят не только водку, но и все то, что связано с нею, даже само слово «водка». Голос В. Е. Рожнова, казалось, проникал во все щели аудитории, он заполнял ее, как цер-

ковный колокол, нельзя было быть к нему равнодушным. Больные легко улавливали не только то, что говорил врач, но и то, как он это говорил.

Мы сидели совершенно ошарашенные, восхищенные этим ярким, впечатляющим спектаклем — этой замечательной техникой гипноза. Из аудитории мы вышли потрясенные. Два чувства переполняли меня: во-первых, гипноз — это нечто такое, чем нельзя пренебрегать, это что-то необычное и малоизученное, и, во-вторых, сеанс, проведенный В. Е. Рожновым, был настолько совершенен, что это, как ни странно, едва не отбило у меня желание заниматься гипнозом. «Так, как Рожнов, никто из нас никогда не сможет делать»,— думал я, и так думали мои сверстники — начинающие медики. Спустя много лет я окончательно понял, что так, как проводит сеансы внушения профессор В. Е. Рожнов, действительно, никто больше не проводит, да это и не нужно. Проведение сеанса гипноза — это искусство, а в искусстве не бывает повторений, это сугубо творческий и индивидуальный процесс. Много я видел врачей, пытавшихся подражать В. Е. Рожнову,— ничего путного из этого не получалось, это выглядело неубедительно, а иногда смешно. Крайнее эпигонство нередко превращается в пародию, а в искусстве это почти закон. Каждый должен идти своим путем. Поэтому нельзя противопоставлять один метод другому и одного врача другому. В лечении важен не процесс, а результат — избавление от болезни. А как этого врач добивается, это не имеет значения.

ПСИХОТЕРАПИЯ ИЩЕТ НОВЫЕ ПУТИ

В начале XX в. наиболее проницательные врачи поняли, что область применения различных видов внушения очень ограничена, лечебный эффект наступает далеко не всегда и бывает нередко весьма нестойким. Все это стимулировало поиски новых приемов психотерапии.

В 1903 г. швейцарский врач Поль Дюбуа (1848—1918 гг.) опубликовал книгу «Психоневрозы и их лечение», в которой выступил против применения гипноза. Дюбуа утверждал, что цивилизованный человек нуждается в первую очередь в психотерапии, адресованной к разуму индивидуума, что «психотерапия должна быть рациональной или никакой». Под рациональной психотерапией Дюбуа понимал систему убеждения пациента, разъяснения ему причин и сущности его страдания.

Большинство врачей не разделяли взгляды Дюбуа, но согласились с ним в том, что необходимо более широко использовать рациональную психотерапию при лечении некоторых категорий больных. Важно, чтобы информация, которую врач дает пациенту, была окрашена в эмоциональные тона. Если бы психотерапевты полностью согласились с мнением Дюбуа, то это означало бы возврат к далеким временам, когда лечением психически больных занимались философы, переубеждавшие своих пациентов с помощью мощной и целенаправленной логики. Кант, Гегель и многие другие великие мыслители оставили подробные описания того, как они лечили «переубеждением» психически больных; правда, об отдаленных результатах лечения они предпочитали не говорить.

Многие больные и без разъяснений врачей знают о своих заблуждениях, о том, что их психическая аномалия может быть следствием этого, но преодолеть свои заблуждения они сами не всегда могут, ибо не разумом единым жив человек.

То, что Дюбуа привлек внимание к необходимости более широкого и дифференцированного использования рациональной психотерапии для лечения некоторых (далеко не всех) нарушений, сыграло определенную роль в развитии психотерапии.

Одним из приемов психотерапии является отвлечение больного от неприятных переживаний, переключение его внимания на что-то другое. Кстати, выражение «заговорить зубы» означает отвлечь внимание, в частности, от зубной боли. Есть одно курьезное слово, имеющее прямое отношение к такому виду терапии.

В мольеровские времена в Париже жил итальянский лекарь Галли Матье. Каково было его врачебное искусство, нам неизвестно, но история сохранила его имя как человека, умевшего быстро и легко переключать внимание своих пациентов от болезненных ощущений на нечто более приятное. С этой целью доктор Матье рассказывал своим пациентам увлекательные истории, зачастую фантастические, поражающие воображение. Больные, что называется, сидели, «развесив уши». Но запас историй у словоохотливого лекаря вскоре исчерпался, и он стал их сам выдумывать, не останавливаясь ни перед какими небылицами Иногда эти истории были столь нелепы, что концы с концами в них не сходились. Из-за этого врач постепенно приобрел славу первейшего вруна и проходимца. Его имя и фамилия стали нарицательными; когда слух об этом ле-

каре дошел до России, то от его имени и фамилии было образовано слово «галиматья», означающее всякую ерунду и чушь.

Говоря о рациональной психотерапии детей и подростков, следует подчеркнуть, что она, конечно, имеет большое значение, но в то же время весьма отличается от рациональной психотерапии, проводимой взрослым людям. Дети не склонны в силу особенностей психики к восприятию логических построений, всякую интеллектуализированную информацию им следует преподносить в еще более эмоциональной форме, чем взрослым.

Нужно помнить, что у подростков очень обострено чувство справедливости. Из-за того что они видят в окружающем мире несправедливость, у них возникают реакции оппозиции, конфликты с педагогами и родителями.

Подростка необходимо воспитывать в духе гибкого, непрямолинейного стремления к справедливости, тогда воспитание будет встречать в нем душевный отклик и формировать авторитет старших.

В начале XX в. стала развиваться и коллективная психотерапия. В разных странах (в том числе и в России) ученые разрабатывали этот раздел, но как организованное и четкое направление коллективная психотерапия развивалась в первую очередь в США. В дальнейшем этому способствовало и то, что в середине 30-х годов в США переселилось много психотерапевтов из Германии и Австрии, которые существенно обогатили американскую науку новыми веяниями.

В 1905—1910 гг. Претт, Эмерсон, Марч и другие североамериканские врачи обнаружили, что если из пациентов создают специальные группы, то лечение нередко идет значительно успешнее и быстрее. Использование влияния одного больного на другого в лечебных целях и составляет сущность коллективной психотерапии. Эмерсон, например, собирал в группы детей с нарушенным аппетитом и занимался с ними по специальной программе — результаты резко превышали те, что достигались при индивидуальной психотерапии (каждого пациента в отдельности). Марч устраивал пациентам лекции, танцы, современные прогулки, и излечение в процессе коллективного общения наступало намного быстрее, чем при индивидуальной психотерапии. Бехтерев объединял, например, группы алкоголиков, которым проводил лечебное внушение. Все это экономило время врачей и способствовало большей эффективности терапии. Однако возможности применения коллективной

психотерапии также ограничены, этот вид лечения можно использовать далеко не всегда и лишь при определенных расстройствах.

ИГРЫ И КНИГИ

В 1911 г. венский врач Якоб Леви Морено (1892—1974 гг.), работавший с маленькими детьми, заложил основы игровой психотерапии, тесно смыкающейся с коллективной психотерапией. Игры детей, направляемые опытным психотерапевтом, являются мощным лечебным фактором: благодаря определенным стандартным игровым сюжетам и так называемым ролевым играм, ребенок в процессе игры освобождается от многочисленных страхов, нарушений поведения и многих иных расстройств. Коллективная и игровая психотерапия являются важным оружием психотерапевта и используются при лечении детей, особенно дошкольного возраста, в качестве основного метода лечения.

Игры бывают с куклами, с пластилином, с другими детьми, с родителями и т. д. Психотерапевт принимает активное участие в этих играх, направляет их, дирижирует ими. Например, ребенок отказывается от еды, у него нарушен аппетит. Врач играет с ним в повара, а что же это за повар, который в процессе приготовления пищи не попробует еду! Так постепенно у ребенка подавляется отвращение к еде и восстанавливается аппетит. Или другой пример: ребенок малоконтактен, ни с кем не общается, сторонится сверстников. Врач играет с ним, чтобы восстановить его контактность.

Подростки в силу особенностей своего возраста активно стремятся к коллективным формам общения. Вот тут-то и нужно использовать игры. Конечно, не в куклы, а в игры, носящие более интеллектуализированный, нравственно-максималистский характер. Например, проводимая в нашей стране в больших масштабах игра «По местам боевой, революционной и трудовой славы наших отцов» — этот своеобразный военизированный, следопытский поход — помогает очень многим подросткам найти себя, восстановить утраченную контактность, преодолеть робость, нерешительность, неуверенность в себе. Выработка эмоционально насыщенной и социально положительной доминанты — основная цель игр.

Иногда игры носят характер лечебных спектаклей, а ребенок исполняет роли, помогающие ему «скомпенсировать» себя, найти утраченные формы контакности и ду-

шевной стабильности. Например, школьник чем-то болен. У него возникают периоды отчаяния, неверия в выздоровление, зависть к здоровым сверстникам. В процессе лечебной игры ему поручается, допустим, роль Павки Корчагина или Алексея Маресьева — людей, преодолевших свои реальные несчастья и ставших в один ряд со всеми людьми. Подобные лечебные игры воспитывают мужество, способность стоически переносить свои несчастья и неудачи, активно их преодолевать. Вообще, вся психотерапия должна быть пронизана духом мужественности и душевной бодрости. Известный русский врач А. И. Яроцкий более 80 лет назад назвал ее аретопсихотерапией, то есть воспитывающей в человеке доблестное, мужественное отношение к своим несчастьям (от лат. *аретус* — доблестный, решительный).

Большую роль играет и терапия, проводимая с помощью специально подобранной литературы (библиотерапия или либротерапия) Конечно, если школьник будет читать лишь книги, все герои которых в конце концов погибают или относятся к жизни в высшей степени пессимистически, то такая литература лишь ухудшит настроение пациента, настроит его на печальный лад. От книг, используемых в рамках библиотерапии, требуется, чтобы они воспитывали чувство юмора, сочетающееся с мужественным отношением к жизни, к своим несчастьям. Особенно это касается библиотерапии детей и подростков — они должны в первую очередь читать книги оптимистического содержания, помогающие формировать чувство любви к жизни

Из всех разделов современной психотерапии игровая психотерапия, быть может, самая сложная, малоизученная; к исследованию сущности детских игр и использованию их законов в психотерапевтическом аспекте ученые лишь еще приступают. Эйнштейну приписывают известные слова о том, что изучение атомного ядра — это детские игры по сравнению с изучением детской игры. Игры не только развлекают ребенка, не только открывают ему мир, не только тренируют его способность действовать. Игры выполняют большую коммуникативную роль, с помощью игры ребенок учится устанавливать контакт с людьми, с животными, лучше понимать сложности различных ситуаций. Человечество совершенствовалось, играя. Так же совершенствуется, взрослеет, умнеет, становится практичным, расширяет свой кругозор и каждый ребенок. Как он это делает — ни он сам, ни ученые еще не знают.

Морено создал также и психодраму — с этим приемом психотерапии чаще всего и ассоциируется его имя. Еще

Аристотель отмечал, что люди, посмотревшие театральную трагедию, нередко как бы очищаются от мелочных и амбициозных переживаний, заблуждений, плохого настроения и т. д. Этот процесс душевного очищения, успокоения Аристотель назвал словом катарсис. Морено решил использовать явление катарсиса в лечебных целях. Начиная с конца 20-х г. Морено широко практиковал лечебные спектакли, в которых нередко принимали участие сами пациенты с нарушением поведения, с неотреагированными эмоциями и пр. В таких спектаклях обыгрывались сюжеты, эмоционально значимые для больного. В руках Морено, создателя и энтузиаста этого метода, психодрама превратилась в мощное орудие психотерапии. Многие ученые, правда, высказывали недовольство этим методом, но постепенно их голоса стали менее слышны. В нашей стране элементы психодрамы применяются с конца 60-х годов и в комплексе с другими приемами психотерапии являются одним из наиболее эффективных методов лечения.

В годы первой мировой войны в Германии были разработаны некоторые приемы стрессопсихотерапии, то есть лечения с помощью психических, биологических, физических и других стрессов. Это касалось в основном больных с истерическими параличами, нарушениями речи и пр. Этим больным внушали, что если они не встанут или не заговорят, то через них пропустят электрический ток, им причинят физическую боль и т. д. Вначале эти приемы использовались далеко не всегда по назначению, нередко воспринимались иронически. С годами часть из этих приемов забылись как не оправдавшие себя, а некоторые были усовершенствованы и сохраняются по сей день.

Врач использует стрессопсихотерапию лишь тогда, когда уверен, что иного способа лечения в данном случае нет и он не сомневается в успехе.

Стрессопсихотерапия существует столько же, сколько вообще существует медицина, а медицина появилась вместе с человеком. Первым психиатром в Древней Греции (функции врачей долгое время выполняли жрецы), который одновременно был и первым психотерапевтом, был Мелабос. Из приемов психотерапии он широко использовал стрессопсихотерапию: когда некто Эфикл стал жаловаться на импотенцию, Мелабос в лечебных целях так сильно перепугал своего больного, что тот выздоровел.

В 30-е годы в Германии, США и в других странах стала усиленно развиваться и наркопсихотерапия: этот метод основан на том, что если больной сопротивляется внуше-

нию, то его воля подавляется различными препаратами, которые как бы пролагают путь внушению и другим приемам психотерапии. Среди подобных лекарств — барбамил, гексенал, элениум и т. д.

О ПСИХОАНАЛИЗЕ

Несмотря на то что в первой трети XX в. было предложено много новых методов психотерапии и те из них, о которых мы кратко писали выше, сохранили свое значение в наши дни, практически весь XX в. прошел под знаком психоанализа — наиболее мощного и активного из всех учений, вышедших из психотерапии. Психоанализ всегда был тесно связан с детской психиатрией. В нашей стране его долгие годы решительно критиковали, это вызвало у любознательных людей феномен запретного плода: коли ругают, то, значит, метод хорош. Некоторые и сейчас думают, что если разрешить психоанализ в Советском Союзе, то все проблемы детской психиатрии сами по себе исчезнут Но это заблуждение: не ищите, читатели, панацею в психоанализе, не воспринимайте Фрейда как единственного избавителя человечества от всех существующих и будущих проблем.

И сторонники, и противники психоанализа признают, что не было в истории психологии и смежных областей знания такого направления, которое оказало бы столь большое влияние на развитие многих гуманитарных и естественных наук, а также литературы и искусства, как учение австрийского мыслителя. Психоанализ существует около 100 лет. За эти годы появилось много теорий и концепций, большинство из них забылись, а психоанализ живет. Одни ученые беспрекословно признают мысли, высказанные Фрейдом; другие — стремятся их приспособить к быстро меняющимся социальным взглядам и достижениям науки, сохраняя ядро психоанализа; третьи, опасаясь, что их заподозрят во фрейдизме, публично не афишируют свою связь с ним, но по существу пишут о том же; четвертые — выступая против психоанализа, тем не менее широко используют психоаналитическую терминологию и систему понятий; пятые — считая психоанализ перевернутой страницей истории, восхищаются им или ревниво завидуют Фрейду и его учению. Есть и шестые, и седьмые Психоанализ оплодотворил и ускорил развитие многих отраслей знаний — и психоаналитикам, и их противникам фрейдизм дал пищу для размышлений, поисков и находок.

Если учения Дарвина и Эйнштейна, оказавшие громадное влияние на развитие биологии или физики, по существу знакомы лишь узкому кругу специалистов и серьезно не повлияли на литературу и искусство, то этого нельзя сказать о психоанализе.

Несмотря на то что психоанализ повлиял на все области знаний, его место в психотерапии очень узкое, спорное и условное. Одни ученые считают, что психоанализ — это синоним психотерапии, другие рассматривают психоанализ в качестве составной части психотерапии, третьи вообще отрицают какую-либо связь психоанализа с психотерапией. Мы воздерживаемся от крайних точек зрения и считаем, что психоанализ и его различные модификации не могут быть исключены из системы психотерапии, однако место психоанализа как одного из приемов психотерапии определяется его ограниченными терапевтическими возможностями, сложной техникой проведения и очень узкими, не во всем еще разработанными показаниями к использованию.

Фрейд начинал как гипнолог, но в конце 80-х годов он пришел к выводу о крайней ограниченности и малой эффективности гипноза. Он, по его словам, решил «заменить медь гипноза золотом психоанализа». Начиная с 1895 г. Фрейд опубликовал ряд работ, пропагандировавших его взгляды, которые (это следует отметить обязательно) неоднократно менялись на протяжении большой жизни создателя психоанализа, дав сторонникам психоанализа основание отказываться от тех или иных мыслей Фрейда, отдавать предпочтение другим его взглядам, усовершенствовать их и отвергать. Современный психоанализ очень мало похож на тот, что возник в начале XX в.

Как и любое другое новое направление, психоанализ вначале не встретил понимания у специалистов, его сурово критиковали, отказывали в праве на самостоятельное существование, обвиняли во «всех смертных грехах». В 20—30-е годы психоанализ стал очень популярным, особенно среди либеральной и социалистически настроенной интеллигенции, пытавшейся соединить его с марксизмом, с атеизмом и различными другими гуманистическими устремлениями. Лишь психотерапевты-психиатры (в отличие от психотерапевтов-психологов) в основном осторожно относились к повальному увлечению психоанализом, ибо видели его практическую ограниченность, а при недифференцированном применении — и вредность.

С захватом гитлеровцами Австрии Фрейд был заклю-

чен в венское гетто, и лишь в результате вмешательства международной общественности ему было разрешено покинуть родной город — в качестве выкупа за него Международное психоаналитическое общество заплатило нацистам значительную сумму. По прибытии в Париж Фрейд был торжественно встречен французской общественностью, как жертва нацизма. Он уехал в Лондон и там вскоре умер.

После второй мировой войны, в самом факте которой многие увидели иллюстрацию к фрейдовским построениям, а психопатология нацизма дала много подтверждений правильности психоаналитической концепции, психоанализ расцвел еще больше, и в настоящее время нет оснований утверждать, что имеются признаки его угасания.

В наши дни психоанализ среди других направлений современной психотерапии — гуманистической, поведенческой и т. д.— занимает несколько меньшее место, чем еще 10—20 лет назад. И хотя в прямом смысле психоаналитические методы лечения ныне используются не очень часто, психоанализом в той или иной степени пронизаны многие наиболее распространенные приемы современной психотерапии.

Однако я не хочу, чтобы у читателя сложилось впечатление, будто психоанализом или гипнозом пропитана вся психотерапия и этими методами она и исчерпывается. Нет, ни в коем случае нет. Хочу еще раз повторить, что современная психотерапия — это большое и сложное в методологическом отношении здание, состоящее из множества более или менее самостоятельных приемов, методик, направлений. Одни из этих компонентов психотерапии более известны, другие — менее, но все они — часть этой замечательной науки, прекраснее и полезнее которой, с моей точки зрения, нет.

Психоаналитическое учение о бессознательной сфере в психике человека дало мощный толчок к изучению многих процессов, протекающих в не осознанной самим человеком сфере нашей психики. Необходимость исследования этой сферы неоднократно подчеркивалась И. П. Павловым и другими физиологами, с большим интересом, хотя в ряде частных случаев и критически, относившихся к психоанализу.

Однако малая терапевтическая ценность психоанализа как раздела психотерапии, ограниченность его применения заставили врачей продолжить поиски новых методов психотерапии — на этом пути психотерапию ожидало еще

много больших открытий, значение которых было по-настоящему оценено лишь в последние десятилетия, когда мода на психоанализ стала несколько уменьшаться и большинство психотерапевтов стали более трезво относиться к возможностям каждой из психотерапевтических методик, понимая, что эффективны они только при дифференцированном и комплексном применении.

Итак, не думайте, читатели, что вас спасет только психоанализ. Если б этот метод всегда и всем помогал, то все врачи планеты немедля стали бы психоаналитиками — ведь все практикующие врачи в конечном итоге прагматики.

ЙОГИ И ЛЕЧЕНИЕ

С конца XIX — начала XX в. в Европе и в Северной Америке усилился интерес к индийской культуре и, в частности, к йогам. Йоги чаще стали приезжать в страны Европы, их книги переводились на европейские языки и становились доступными многим людям. Все, кто интересовались феноменами, демонстрируемыми йогами, испытывали безусловное восхищение тем, что удавалось делать йогам. Но одновременно с этим нельзя было не обратить профессиональное внимание на то, что йоги, как правило, не имеют семьи, не имеют общественных обязанностей, они посвятили себя только одному — самоусовершенствованию, тренировке своих нервов и мышц. Обычному современному человеку, естественно, не под силу большинство из того, что делают йоги,— не потому, что йоги какие-то особые люди, обладающие сверхъестественными способностями, а потому, что у обычного, работающего, имеющего семью и всяческие обязанности человека нет времени и возможности посвятить себя одной только страсти — физическому самоусовершенствованию.

Возникла мысль перенести на европейскую почву учение йогов, приспособив его к медицинским нуждам. Первым, кто попытался это сделать, был Иоганн Генрих Шульц (1886—1970 гг.), который, начиная с 1909 г., опубликовал множество работ, посвященных аутогенной тренировке, то есть своеобразной модификации йоговских приемов

Шульц много лет работал над усовершенствованием своей методики: в работах, изданных после 1909 г., эта методика предстала стройной и четкой.

Аутогенная тренировка зиждется на трех китах: йогизме, самовнушении и фракционном гипнозе — разде-

ление этих трех приемов искусственно, они взаимопереплетаются.

От йогов Шульц взял уверенность во всесилии человеческой воли и способности подчинять определенной цели все свои психические и физические функции. Учение о самовнушении дало Шульцу оружие, с помощью которого он мог реализовать взгляды йогов. Эту же роль сыграло и учение о фракционном гипнозе, созданное швейцарским энциклопедистом Оскаром Фогтом (1870—1959 гг.): человека вводят в гипнотическое состояние, затем, выводя из этого состояния, просят рассказать о том, что он испытал, потом вновь вводят в это же состояние и т. д. Используя фракционный гипноз, врач может добиться усиления способности человека к самовнушению.

Заниматься аутогенной тренировкой могут не все и не все должны. Не могут ею заниматься слабовольные или интеллектуально малоразвитые люди.

В аутогенной тренировке нет ничего мистического или фантастического, поэтому Шульц назвал ее организмической (он утверждал, что то, чего человек добивается в результате этих занятий, заложено в его организме). С помощью аутогенной тренировки мы вскрываем в себе те резервы, которые обычно не используются: вскрываем сознательно, с помощью самовнушения, в отличие от гипноза, при котором обнаруживаются еще большие резервы нашей психики, но вскрываются они не самим индивидуумом, а психотерапевтом, а сам испытуемый пассивен и не принимает серьезного участия в лечении.

Аутогенная тренировка, по Шульцу, складывается из двух ступеней: низшей и высшей. Первая ступень подразумевает освоение формул, с помощью которых, натренировав себя, можно научиться управлять своими внутренними органами, сосудами, солнечным сплетением, отдельными функциями печени, сердца и т. д. После этого человек переходит к овладению второй ступенью, в результате чего может научиться управлять своими чувствами, представлениями и мыслями, вызывая у себя те или иные ощущения.

Вот как выглядят формулы первой ступени: 1) моя правая (левая) рука тяжелая; 2) моя правая (левая) рука теплая; 3) сердце бьется спокойно и сильно; 4) я дышу совершенно спокойно; 5) солнечное сплетение излучает тепло; 6) мой лоб приятно прохладен.

Манера преподнесения этих формул пациенту всегда зависит от его интеллекта, внушаемости, способности вживаться в образ и т.д. Например, чтобы вызвать ощущение

тепла в руке, пациент представляет, как он опустил руку в теплую воду, как ему это приятно и т. д.

Сам Шульц предполагал, что до двенадцати — четырнадцатилетнего возраста применять аутогенную тренировку нельзя: нет у ребенка так много воли, терпения и настойчивости, чтобы методично осваивать указанные формулы. Шульц был прав и в то же время неправ: оказалось, что формулы можно приспособить к любому возрасту, только это следует делать в доступных ребенку выражениях.

Если пациенту 5—8 лет, то необходимо использовать игровые моменты, наполняя их «шульцовским» содержанием. Например, под руководством психотерапевта ребенок представляет, как он лежит на пляже, как ему тепло и пр. Или: как он летит в космическом корабле, испытывает чувство невесомости...

Чем младше пациент, тем больше аутогенная тренировка будет похожа на игру и тем больше в ней будет выражен компонент внушения: не сам себе пациент внушает, а ему внушают. Иными словами, в детском возрасте аутогенная тренировка фактически является чем-то промежуточным между гипнозом и аутогенной тренировкой в шульцовском понимании.

Когда применять аутогенную тренировку? Единого ответа нет. Одни исследователи считают, что аутогенную тренировку может использовать любой человек, желающий ее использовать и имеющий соответствующие данные. Болен же он или здоров — это якобы не имеет значения. Другие утверждают, что аутогенная тренировка должна использоваться главным образом в конкретных медицинских целях, причем обязательно под руководством врача. Не вдаваясь в дискуссию, мы тем не менее считаем необходимым отметить, что занимаются аутогенной тренировкой целеустремленно и систематически только те, кто в силу разных причин испытывает в ней потребность. Те же, кто начал заниматься из любопытства и снобизма, без систематического контроля врача, очень быстро перестают изучать аутогенную тренировку, когда обнаруживают, что для занятий необходимо много времени, терпения и еще больше желания освоить все формулы Шульца, а также множество самоограничений, трудно выполнимых в обычной жизни. Более того, безудержное распространение аутогенной тренировки (как и любого метода лечения) приводит к дискредитации метода. Мода на аутогенную тренировку, начавшаяся в середине 60-х годов, сейчас, кажется, схлынула.

С нашей точки зрения, серьезно заниматься аутогенной тренировкой можно только под руководством врача и только при определенных показаниях. Как и любой прием психотерапии, аутогенная тренировка имеет свои строгие показания: помогая при одних расстройствах, она бесполезна при других и вредна при третьих. Те, кто недифференцированно назначают всем больным этот прием саморегулирования, рискуют дискредитировать его и, более того, принести вред больному. В этом смысле всевозможные научно-популярные книги, в которых пропагандировалась аутогенная тренировка и давались многочисленные советы по самолечению всем читателям без разбора, принесли аутогенной тренировке, в часности и психотерапии, весьма ощутимый урон. Поскольку нашу книгу будут читать не только родители, но и просто любознательные люди, хочу высказать несколько соображений, выходящих за пределы тематики книги.

Невежественные суждения об аутогенной тренировке приходится слышать довольно часто. Эти крайние взгляды можно условно разделить на две группы. Некоторые исследователи идеализируют аутогенную тренировку, приписывая ей способность изменить моральную картину мира, превратить всех людей на земле в активных участников самоусовершенствования и перестройки мира и т. д. Таких сторонников аутогенной тренировки не так уж много, большинство же — люди здравые и реально мыслящие. Мало также и противников аутогенной тренировки, о которых речь пойдет ниже.

РАССЛАБЬТЕ СВОИ МЫШЦЫ

В 1909 г., когда Шульц начал настойчиво искать новые пути в психотерапии, американский физиолог и врач Эдмунд Джакобсон предложил еще один прием психотерапии, в наше время слившийся с аутогенной тренировкой,— этот метод получил название мышечной релаксации. Джакобсон исходил из того, что если человек нуждается в психическом отдыхе, ему необходимо расслабить мышцы лица, глаз, гортани, шеи и пр. Расслабление мышц приводит к отдыху психики, и наоборот. Джакобсон предложил целую систему мышечных расслаблений, со временем соединившуюся с получившей широкое распространение аутогенной тренировкой.

Создание аутогенной тренировки и приемов мышечного расслабления оказало большое влияние на развитие психо-

терапии, многие даже считали, что благодаря этим приемам удастся вылечить всех больных. С годами обнаружилось, что терапевтические возможности этих приемов, так же как и других, весьма ограничены. Это заставило искать новые методы лечения, обновлять и приспосабливать к конкретным больным старые и внедрять в те области знаний, которые могли бы дать психотерапии новые идеи, то, без чего любая наука развиваться не может.

В конце 40-х годов и особенно в 50-е годы американские и английские врачи и психологи активизировали попытки использовать в психотерапевтических целях учение И. П. Павлова об условных и безусловных рефлексах.

Еще раньше родилось специфическое направление в психологии и психотерапии — бихевиоризм, в основе которого лежало изложенное на американский лад учение И. П. Павлова. Из бихевиоризма выросло много новых приемов психотерапии, которые могут быть отнесены к так называемой условнорефлекторной психотерапии — части выделяемой нами тренировочной психотерапии.

Бихевиористы считают, что для того, чтобы ликвидировать какие-либо дефекты и неправильное поведение, следует совершать действия, которые могли бы подавить или уменьшить внешние проявления соответствующего расстройства. По их мнению, можно так себя натренировать, что удастся ликвидировать внешние проявления того или иного симптома болезни. Разработано много разных приемов: большей частью они эффективны в комплексе с другими методами при учете потребности в их применении. Эдгар По говорил: «Если вы смотрите в зеркало и сделаете плаксивое лицо, то в это же время вам не удастся пережить приятную эмоцию». А если сделать наоборот: в плохом состоянии духа сделать улыбчивое и счастливое лицо — не уменьшит ли это тоску и тревогу или просто хандру? Оказалось, что уменьшит. Это хорошо знают не только психотерапевты, но и многие люди, которые самостоятельно, без помощи врача, прибегают к такому способу уменьшения своих отрицательных переживаний.

В психотерапии (тем более в детской) нет таких чудодейственных приемов, с помощью которых можно было бы излечить от всех болезней: каждый конкретный прием направлен против определенных расстройств, и искусство врача заключается в том, чтобы правильно квалифицировать состояние пациента, понять внутренние механизмы возникновения у него болезни, а уже потом, на основе правильной диагностики, назначить соответствующее лечение.

По моему мнению, все приемы детской и подростковой психотерапии можно разделить на три вида: медицинские, психологические и педагогические.

К медицинской психотерапии мы относим те ее приемы, которые в первую очередь под силу врачу. Это преимущественно гипноз, наркопсихотерапия и некоторые другие приемы.

Психологическая психотерапия включает те приемы психотерапии, которые реализует в первую очередь психолог: это коллективная, игровая и некоторые другие виды психотерапии.

Педагогической психотерапией обязан заниматься главным образом педагог, в распоряжении которого находятся некоторые виды тренировочной психотерапии, разъяснительной и т. д.

Конечно, это деление условно, но практически необходимо, ведь пока использование всех приемов психотерапии будет возлагаться лишь на врача, ожидать значительных успехов нельзя: врач не может освоить все приемы психотерапии, имеющие разные корни и разные механизмы воздействия. Врач является координатором использования психотерапевтических приемов. Психолог и педагог работают под его руководством, с ним согласовывают свои действия. Все приемы психотерапии, фармакотерапии, физиотерапии и т. д. используются в комплексе. Противопоставлять одни приемы другим было бы неправильно. Все приемы хороши, если они используются по назначению и квалифицированно. Обо всем этом должны знать родители пациентов и не докучать врачам просьбами о лечении их сына или дочери теми методами, которые нравятся самим родителям и о которых они наслышаны.

Даже самый просвещенный по части детской психиатрии родитель не сможет заменить врача. Здесь нужно сотрудничество, а не соперничество, нужна взаимопомощь, а не противодействие.

ДОРОГА БЕЗ КОНЦА

Число форм нервно-психической патологии не уменьшается, а формы проявлений давно известных заболеваний меняются; одни формы исчезают, другие, ранее неизвестные, появляются.

Все это требует дальнейших поисков новых методов психотерапии (как и новых медикаментов), и этому процессу не может быть конца.

В бесконечной гонке за поисками все новых методов лечения постоянно меняющихся форм заболеваний врач-психотерапевт должен всегда оставаться на высоте, так как сколько бы ни создавалось методов лечения, эффективность их, как и прежде, зависит в большой степени от врачебного мастерства, от того, как назначается лечение. У хорошего врача, то есть у квалифицированного специалиста, доброго и чуткого человека, способного сопереживать, тонко понимать и ценить человеческую сущность пациента, больной выздоравливает не столько от лекарств, сколько благодаря влиянию самой личности врача. Психотерапевт должен быть в первую очередь личностью, обладающей такими качествами, как тактичность и мудрость, он должен пройти сложную профессиональную подготовку. Тенденция современной психотерапии будет, по-видимому, заключаться в создании все нарастающего количества приемов условнорефлекторной психотерапии, обучающих ребенка и подростка лучше управлять собой и контролировать себя.

В этом направлении перед психотерапией открыты большие перспективы. Важно только, чтобы при распространении лечебных методов не утратилось то, ради чего врачи лечат человека,— чтобы человек был счастлив, здоров, разнообразен и не превратился в выдрессированного и стандартного субъекта, лишенного индивидуальности, то есть чтобы человек имел чувство собственного достоинства и чести.

Дети любят умных и добрых взрослых. Врачи, как и все люди на земле, далеко не всегда бывают мудрыми и интеллигентными; там, где они не могут поддержать свой авторитет, в этом им должны помочь родители пациентов. Ни в коем случае родители не должны настраивать свою дочь или сына против врача-психиатра, как впрочем и любого другого врача.

Важно не только то, чтобы люди выздоравливали от своих хворей, но и то, чтобы они были гармоничными. А это возможно лишь при условии, что в мире установятся те добрые и предупредительные межлюдские отношения, которые будут исключать конфликты, приводящие детей и подростков к психиатру; те отношения, к которым призывает Булат Окуджава:

> Давайте понимать друг друга с полуслова,
> Чтоб, ошибившись раз, не ошибиться снова.
> Давайте жить, во всем друг другу потакая,
> Тем более что жизнь короткая такая...

Это глобальные вопросы. А каковы частные, конкретные, волнующие мам и пап, дедушек и бабушек?

Их много, на большинство из этих вопросов мы уже ответили, но на все вопросы ответить в этой книге просто невозможно.

Еще 10—15 лет назад редкий родитель не задавал мне вопроса о том, не вредно ли смотреть телевизор? Не дожидаясь ответа, приводили цитаты из газет, свидетельствующие о том, что вследствие злоупотребления телевизионными передачами возникают всевозможные болезни, за исключением разве ветрянки и скарлатины. Я обычно пожимал плечами и отвечал, что смотреть телевизионные передачи надо в меру.

Незачем сидеть даже взрослым, тем более детям, у телевизора по многу часов подряд, особенно если болит голова и т. д.

Описывали в свое время «телевизионную эпилепсию», «телевизионную астению» и еще десятки болезней, виновником которых якобы является телевизор. А сейчас об этих болезнях уже никто и не вспоминает, хотя ныне дети смотрят телевизионные передачи куда больше, чем прежде.

Фактически значительную часть знаний ребенок теперь получает не в школе и не от родителей, а благодаря телевидению. Ругать телевидение — это значит не принимать любое достижение цивилизации, ибо, пока к нему не привыкли, оно может вызывать опасения. Телевидение не породило ни одной новой болезни, ни одной новой проблемы, дети и взрослые приспособились к тому потоку информации, который обрушивается на зрителей с телевизионного экрана. Только все нужно делать в меру. Детям не рекомендуется смотреть на ночь передачи, слишком будоражащие воображение; просматривать все подряд, сидя часами перед экраном телевизора.

Для детей вреден малоподвижный образ жизни (гиподинамия). Разрешение смотреть передачи должно быть могучим рычагом воспитания ребенка («не сделал уроки — не будешь смотреть»).

Интересует родителей и вопрос, могут ли они сами применять к своим детям психотерапию. На этот вопрос я бы ответил так: ничего нельзя делать, не посоветовавшись с врачом. Тем более недопустимо проводить эксперименты над детьми.

Органы отечественного здравоохранения осознают необходимость расширения диапазона лечебных приемов в

детской психиатрии. Поэтому в ближайшем будущем психотерапия будет использоваться все шире и чаще. Но при этом не стоит надеяться на чудеса. Здоровье прежде всего зависит от самого человека: от его активности, уверенности, бодрости.

Больше двигайтесь, занимайтесь любимым делом, больше бывайте на природе — и тогда многие расстройства сами по себе пройдут, без лечения.

Хотелось бы обратить внимание на один существенный недостаток, свойственный некоторым мамам и папам. Речь идет о потребительском отношении к медицине многих родителей, чьи дети страдают психоневрологическими расстройствами. Эти родители требуют, чтобы врач все делал за них, чтобы он был и медиком, и воспитателем, и нянькой — всем на свете. Ну, а родители? Они будут стоять в стороне и ожидать результатов. Такое поведение родителей особенно опасно в случае малой коммуникабельности ребенка. Врач даст полезный совет такому ребенку, назначит ему лечение, но это не сразу сделает человека контактным.

Чтобы преодолеть свой дефект, ребенок должен сам учиться общаться, и в этом родители ему помогут больше, чем кто бы то ни было.

Прежде чем закончить нашу книгу, хочу остановиться на одном вопросе — одинаково актуальном и для родителей, и для больных детей. Хотя цивилизация достигла больших высот, в обозримом будущем не видно конца людским несчастьям. Важно иное: как человек относится к своим бедам. Если он мужественный, стойкий, не поддающийся унынию, то и болезнь рано или поздно отступит. Если же легко впадает в панику, не борется за свое здоровье, примиряется с горем, то болезнь одолеет его. Героическое отношение к несчастьям необходимо воспитывать сызмальства. Все это зависит главным образом от родителей — от их личного положительного примера, их выдержки, благоразумия, мужества.

Родители, воспитывающие психически больных детей, в целом достойны восхищения. Большинство из них — подвижники, жертвующие всем ради здоровья ребенка. Детские психиатры постоянно сталкиваются с людьми, свято исполняющими свой родительский долг. К сожалению, приходится видеть и другое — то, о чем часто говорилось на страницах книги: когда отцы и матери сами становились виновниками неврозов, патологических формирований характера и других психоневрологических расстройств у своих детей.

Выдающихся примеров силы и величия человеческого духа много. В этом отношении типична жизнь крупнейшего путешественника Германа Вамбери (1832—1913 гг.). Этот человек с рождения был хромым, каждое движение вызывало у него сильнейшую боль. Если бы он рос в более или менее зажиточной семье, то ему, возможно, хотя и было бы плохо, но не настолько. А какие надежды могли быть у хромонгого сироты? Но этот убогий телом человек обнаружил удивительные резервы человеческого духа, он преодолел все и достиг своего. С детства маленький калека мечтал о странствиях, о чужих странах, о тех местах, куда еще не ступала нога европейца. В конце концов Вамбери посетил все эти страны, даже самые труднодоступные. И не на автомобиле или самолете, а пешком, своими ногами, одна из которых была непоправимо изуродована. Вамбери изучил все европейские и большую часть азиатских языков он говорил на них, как на своем родном. Арабы и китайцы, узбеки и индийцы — все принимали Вамбери за своего, ибо, по их мнению, чужестранец не мог так владеть языками этих народов, как владел ими сын рано скончавшегося бедняка из далекой Венгрии.

Жизнь Николая Островского, Владислава Титова, Алексея Маресьева, Франклина Рузвельта, австралийского писателя Алана Маршалла и многих других героических личностей, оказавшихся в очень сложном положении в силу физических дефектов, но преодолевших свой недуг, должна быть примером для людей, на которых обрушилось подобное несчастье. Найти свое место в жизни — сложная задача для всех, а для увечных людей — тем более. Нужно воспитывать в них героическое начало, уметь подавлять в себе отчаяние и страдание, стремление быть равноправными членами общества. Главным образом это зависит от родителей.

Никогда нельзя опускать руки и сдаваться, нужно всегда оставаться человеком, даже если внешних проявлений принадлежности к «среднеарифметическому» человеку не так уж много. Недавно скончавшаяся Ольга Ивановна Скороходова, полностью слепоглухонемая, показала пример этого героического сопротивления своим несчастьям. Доктор педагогических наук, старший научный сотрудник Института дефектологии, автор многих замечательных произведений, она своей жизнью еще раз подтвердила, что человек выше своей судьбы.

Всем больным и их родным я советую прочитать стихотворение Редьярда Киплинга «Заповедь». В нем есть

строки, которые могут влить новые силы в отчаявшихся людей. Они должны стать девизом детского психиатра:

Владей собой среди толпы смятенной,
Тебя клянущей на смятенье всех,
Верь сам в себя наперекор вселенной,
И маловерам отпусти их грех...
Умей принудить сердце, нервы, тело
Тебе служить, когда в твоей груди
Уже давно все пусто, все сгорело,
И только воля говорит: «Иди!»
Наполни смыслом каждое мгновенье,
Часов и дней неутомимый бег,—
Тогда весь мир ты примешь во владенье,
Тогда, мой сын, ты станешь Человек!

(пер. *М. Лозинского*)

СОДЕРЖАНИЕ

Производственное издание

Буянов Михаил Иванович

В КАБИНЕТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

Зав редакцией *Л. И. Евсеева*
Художник-оформитель *С П. Духленко*
Художественный редактор *Г. М Кондратова*
Технический редактор *Л А. Запольская*
Корректоры *О Н. Левина, В. И Коваль*

ИБ № 4054

Сдано в набор 20.07.89. Подп. в печ. 15.12.89. Формат 84×108/32. Бумага тип. № 2 Гарн. лит Печ выс Усл. печ. л. 11,76. Усл. кр-отт 12,19 Уч-изд л 11,98 Тир. 30 000 экз Зак. 9—2664
Цена 80 к

Издательство «Здоровья», 252601, ГСП, г Киев-1, ул Чкалова, 65

Головное предприятие республиканского производственного объединения «Полиграфкнига», 252057, г Киев-57, ул Довженко, 3

Буянов М. И.

Б94 В кабинете детского психиатра.— К. : Здоровья, 1990.— 224 с.
ISBN 5-311-00395-2

В книге известный детский психиатр отвечает на вопросы, которые наиболее часто задают родители специалистам по детской психиатрии в связи с тем, что их детей направляют на консультацию к представителям этой профессии Рассказывается о наиболее распространенных психоневрологических расстройствах в детском возрасте, о сущности работы детских психиатров, о той помощи, которую родители могут оказать ребенку под руководством специалиста Даются советы психогигиенического и психопрофилактического содержания

Б $\frac{4108170000-027}{М209(04)-90}$ 90.90 ББК 57.33

НОВЫЕ КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ЗДОРОВЬЯ»

Арчакова Е. В. **Судорожные состояния у детей.**— 1990.— 1,5 л.— Яз. укр.— 5 к., 25 000 экз.

В брошюре освещены особенности нервно-психического и физического развития детей в различные возрастные периоды. Рассмотрены причины возникновения судорог и их осложнения у детей при ряде заболеваний. Даны советы по профилактике судорог, оказанию доврачебной помощи при их появлении.

Для широкого круга читателей.

Померанцев Ю. М. **С водой нужно дружить.**— 1990.— 7 л.— Яз. рус.— 45 к., 20 000 экз.

В книге рассказывается о благотворном воздействии водной среды на организм человека, об оздоровительном значении плавания. Приводятся сведения о самоконтроле и простейших способах определения плавательной нагрузки, рекомендации для занимающихся оздоровительным плаванием самостоятельно. Подчеркивается вредное воздействие алкоголя и курения на организм пловца, а также важность соблюдения правил безопасного поведения на воде.

Для широкого круга читателей.

Шевчук С. В. **Наркотики и наши дети.** 1990.— 5 л.— Яз. укр.— 20 к., 50 000 экз.

Книга посвящена одной из острых проблем — подростковой наркомании и токсикомании. Рассмотрены вопросы формирования «наркотической готовности» у подростков и юношей, роль семьи и окружения, причины престижнозначимого характера наркотизации в определенных кругах молодежи.

Особое внимание уделено конкретным способам предупреждения опасных для здоровья привычек в ученических коллективах.

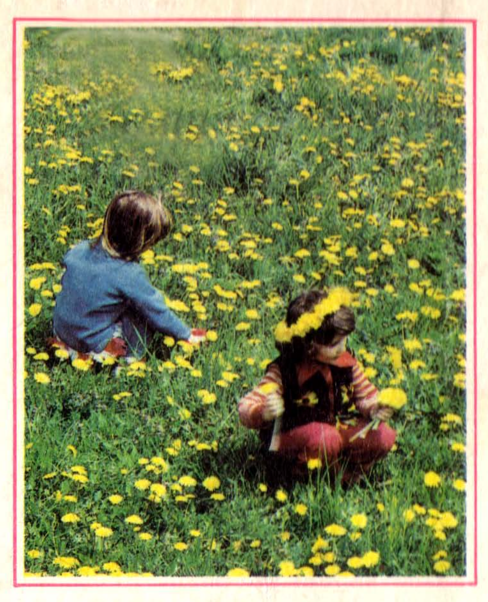
Для родителей, педагогов, наставников, воспитателей.

Щербина Е. А., Абрамов В. А., Комиссарова Р. А. **Тресвость — основа формирования здоровой личности.**— 1990.— 3 л.— Яз. укр.— 15 к., 50 000 экз.

В брошюре излагаются сведения о различных видах нарушений физического и психического развития детей вследствие употребления алкоголя их родителями. Приведены данные о частоте и причинах употребления алкоголя учащимися ПТУ, описаны признаки подросткового алкоголизма. Даны рекомендации по организации и проведению комплекса мероприятий, направленных на антиалкогольное воспитание подростков.

Для родителей, педагогов средних общеобразовательных школ и ПТУ, работников общества «Знание» и домов санитарного просвещения.

80 к.



В КАБИНЕТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

Цель книги известного детского психиатра— проинформировать читателей о наиболее распространенных, нередко вовремя не диагностируемых психоневрологических расстройствах у детей и подростков.
Речь идет о своевременной коррекции этих нарушений у так называемых нервных детей (не душевнобольных, а тех, кто находится на грани нормы и патологии) с тем, чтобы предотвратить развитие у них тяжелых, порой трудно поддающихся излечению, психических заболеваний.

«ЗДОРОВЬЯ»